

Universidad de Panamá
Vicerrectoría de Investigación y Postgrado
Facultad de Psicología
Programa de Maestría en Psicología Clínica

Psicoterapia breve, intensiva y de urgencias en pacientes con depresión de
19 a 25 años.

Por:

Lcda. Yaniselly Yariela Quintero Nelaton

Tesis presentada en
cumplimiento de los requisitos
exigidos para optar por el título
de Magister en Psicología
Clínica.

Panamá, 2018

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Facultad de: Psicología
Número de Código: CE-PT-327-14-06-18-174
Nombre del estudiante: Yaniselly Y. Quintero Nelaton
Cédula: 8-868-2447
Título al que aspira: Magister en Psicología Clínica
Tema de tesis:

Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia en pacientes con síntomas depresivos en adultos entre 19 y 25 años.

Resumen ejecutivo:

El siguiente trabajo se desarrolla bajo un diseño Pre experimental con pre prueba y post prueba. Busca evaluar la efectividad la psicoterapia breve, intensiva y de urgencia en la disminución de los síntomas depresivos en adultos entre los 19 y 25 años.

Nombre del asesor: Profesor Ricardo López

Firma del asesor: _____

Firma del estudiante: _____

Aprobado por: _____
Coordinador del programa

Director de Postgrado de la Vicerrectoría de Investigación y Postgrado.

Dedicatoria

A mi madre, quien me amó desde antes de concebirme, al Sr. Arturo, quien ha sido el padre que la vida me regaló a los 8 años; a René, por ser incondicional desde el primer día; a mis sobrinos, Yejenske, Derek y Yahalis, por mantener mi lado lúdico siempre presente. A mis amigos de toda la vida, Aurelio, Aldhair y por supuesto, a la amiga que tengo desde que tengo memoria, mi prima, hermana y colega, Maroly Nelaton.

Agradecimiento

Agradezco a mi madre, Yariela, por ser ese modelo de solidaridad y desprendimiento, por decirle sí a la vida cuando todo se tornó oscuro y por ser mi apoyo siempre. Gracias a usted esto es posible.

Al Sr. Arturo, por decidir apoyar a mi madre en la tarea de mi crianza, por estar siempre dispuesto a apoyarme en mi formación académica, por los valores inculcados, por los consejos...por quererme. Sin su ayuda habría sido todo más difícil.

A René, porque en estos 10 años juntos ha confiado en mí, incluso cuando yo misma desconfiaba; por la complicidad, por ser mi complemento y mi soporte, y buscar la manera de resaltar mis fortalezas.

A Idis, por ser mi compañera de grupos desde licenciatura, por ser esa amiga incondicional en todo el sentido de la palabra; por su apoyo en los momentos difíciles, en especial para que pudiera continuar esta maestría. ¡Gracias!

A los que, desde el 2009 compartieron bancas, cuadernos, sueños y frustraciones conmigo y que, con el transcurrir de los años, se convirtieron en colegas con los que se puede supervisar casos, y amigos con los que puedo compartir las distintas etapas de mi vida, en especial a Damaris, Minerva, Claudia e Idis. Gracias por todo su apoyo en este proceso. ¡Todo es posible!

A mis primeras supervisadas, y a partir de ahora, colegas Ginna, Laura y Melany; ustedes, sin saberlo, me han dejado grandes enseñanzas profesionales y personales. Hicieron que floreciera aún más esa confianza en mí misma. Qué satisfactorio es saber que pude, con mi experiencia, contribuir con su formación. ¡Gracias!

A las personas que aceptaron participar como sujetos en esta investigación: de ustedes aprendí muchísimo.

A mi profesor asesor, Ricardo López, por su paciencia y dedicación.

Resumen

El objetivo de esta investigación fue desarrollar la Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia de Leopold Bellak, en pacientes con depresión. Se utilizó un modelo preexperimental con preprueba y postprueba. La muestra utilizada en este estudio fue de 6 sujetos, cuyas edades están entre los 19 y los 25 años de edad, de ambos sexos, todos usuarios de la Clínica Psicológica y del Desarrollo Humano, Horacio Harris Duque de la Universidad de Panamá, que cumplieran con los criterios de inclusión propuestos para esta investigación. Para evaluar la depresión se utilizó el Inventario de Depresión de Beck-II.

Abstract

The objective of this research was to develop the brief, intensive and emergency Psychotherapy of Leopold Bellak, in patients with depression. A pre-experimental model with pre-test and post-test was used. The sample used in this study was of 6 subjects, whose ages are between 19 and 25 years of age, of both sexes, all users of the Psychological and Human Development Clinic, Horacio Harris Duque of the Universidad de Panama, who fulfilled with the inclusion criteria proposed for this investigation. To evaluate depression, the Beck-II Depression Inventory was used.

Índice General

Portada	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
Dedicatoria	iv
Agradecimiento	iv
Resumen	vi
Índice de Figuras	ix
Índice de Tablas	x
Índice de gráficas	xi
Introducción	1
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL	3
1. Antecedentes	4
2. Criterios diagnósticos de depresión según el DSM-5	8
3. Tipos de depresión y sus criterios según el DSM-5	9
3.1. Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo	9
3.2. Trastorno de depresión mayor	11
3.3. Trastorno depresivo persistente	14
3.4. Trastorno disfórico premenstrual	16
3.5. Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento	17
3.6. Trastorno depresivo debido a otra afección médica	19
3.7. Otro trastorno depresivo especificado	20
3.8. Otro trastorno depresivo no especificado	22
4. Etiología de la depresión	22
4.1. Etiología de la depresión desde la explicación biológica	23
4.2. Etiología de la depresión desde la explicación psicológica	27
CAPÍTULO II: PSICOTERAPIA BREVE, INTENSIVA Y DE URGENCIA	32
1. Psicoterapia Breve	33
2. Psicoterapia breve intensiva y de urgencia	34
3. PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA PBIU	36
4. PERFIL BÁSICO DE LA PSICOTERAPIA BREVE, INTENSIVA Y DE URGENCIA (PBIU)	40
5. LA INTERVENCIÓN	41
5.1. Descripción de las sesiones	41
5.1.1. Sesión 1	41
5.1.1.1. EVALUACIÓN DE LAS FUNCIONES DEL YO	42
5.1.1.2. Tres factores de la relación terapéutica	44
a. Transferencia	44
b. Alianza terapéutica	45

c. Contrato terapéutico	46
5.1.2. Segunda sesión	46
6.1.3 Tercera sesión	46
6.1.4 Cuarta sesión	47
6.1.5 Quinta sesión	47
6.1.6 Sexta sesión	47
7. Métodos de intervención en la psicoterapia breve, intensiva y de urgencia	48
a. Interpretación	48
b. Catarsis y catarsis mediata	48
c. Represión del impulso	49
d. Sensibilización a las señales	49
e. Educación	49
f. Intelectualización	49
g. Apoyo	50
8. Terapia breve, intensiva y de urgencia de la depresión	50
8.1 Factores específicos en la psicoterapia de la depresión	50
<i>CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO</i>	<i>59</i>
1. Planteamiento del problema	60
2. Justificación	61
3. Objetivos	62
3.1. Objetivos Generales	62
3.2. Objetivos Específicos	62
4. Hipótesis	62
4.1. Hipótesis general	62
4.2. Hipótesis de trabajo	63
5. Estrategia de investigación	63
6. Variables	64
6.1. Variable independiente: Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia	64
6.2. Variable dependiente: Depresión	64
7. Población	64
8. Muestra	65
9. Instrumentos de medición	65
<i>CAPÍTULO IV: RESULTADOS, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</i>	<i>67</i>
1. Presentación de resultados	68
<i>Conclusiones</i>	<i>75</i>
<i>Recomendaciones</i>	<i>77</i>
<i>Bibliografía</i>	<i>78</i>
<i>Anexos</i>	<i>81</i>

Índice de Figuras

Figura 1 Modelo cognitivo de la depresión	30
Figura 2 Funciones del Yo y sus componentes	43

Índice de Tablas

Tabla 1 Descripción de la muestra	68
Tabla 2 Puntuaciones obtenidas	69
Tabla 3 Categorías diagnósticas según las puntuaciones	71
Tabla 4 Prueba de hipótesis.....	72

Índice de gráficas

Gráfica 1 Puntuaciones obtenidas.....	70
---------------------------------------	----

Índice de Anexos

Anexo 1 Consentimiento informado.....	82
Anexo 2 Guía de entrevista.....	83

Introducción

La depresión es una enfermedad mental que se caracteriza por sentimientos de vacío, llanto frecuente, tristeza, desánimo. Se calcula que afecta cerca de 300 millones de personas en el mundo, y se prevé que para el 2020 llegue a ser la segunda causa de discapacidad en el mundo.

Es un trastorno que afecta a quien la padece, pero también trasciende al ámbito familiar y laboral. Puede afectar diversas condiciones de salud física, así como puede estas pueden empeorar la situación de la depresión.

En Panamá, según cifras del 2015 brindadas por el Ministerio de Salud En Panamá, la depresión es la segunda causa de años de vida perdidos por discapacidad en mujeres de 15 a 49 años y el quinto para los hombres en el mismo rango de edad. Se diagnosticaron 3,772 casos, de los cuales 2,918 fueron mujeres y 854 fueron hombres, es decir que, de cada 10 casos diagnosticados, 8 fueron mujeres. En el grupo de 35 a 49 años se concentró el mayor número de personas con depresión, siendo 914 casos en mujeres y 186 en hombres. 205 casos con intentos de suicidio distribuidos en 123 mujeres y 82 hombres.

El objetivo principal de esta investigación fue desarrollar la Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia de Leopold Bellak, en pacientes con depresión. Con diseño preexperimental con preprueba y postprueba. Se utilizaron seis sujetos, siendo el menor de 19 años y el mayor de 25 años, cuatro mujeres y dos hombres, todos usuarios de la Clínica Psicológica y del Desarrollo Humano, Horacio Harris Duque de la Universidad de Panamá, que cumplieran con los criterios de inclusión propuestos

para esta investigación. Para evaluar la depresión se utilizó el Inventario de Depresión de Beck-II.

La investigación se divide en tres capítulos, de los cuales el primero contiene el marco teórico y conceptual, donde se puede encontrar los criterios diagnósticos de la depresión, según el Manual Diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales y algunos modelos explicativos de la depresión.

En el segundo capítulo se encuentra explicada la terapia, sus principios, sus bases teóricas y el desarrollo de la psicoterapia breve, intensiva y de urgencia según Leopold Bellak.

En el capítulo tercero se encuentra el marco metodológico, incluyendo los objetivos, las hipótesis, los resultados de la investigación, así como las conclusiones y recomendaciones que se realizan. Posteriormente se podrá observar las referencias bibliográficas y los diferentes anexos.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

1. Antecedentes

La comprensión de la salud mental ha llegado hasta donde se encuentra actualmente luego de diversas formas de ver, estudiar y tratar las patologías mentales. Estos comportamientos que antes eran considerados como anormales fueron vistos desde posesiones demoniacas o espíritus malignos, y eran tratados con métodos como el exorcismo y castigos físicos para la expulsión de estos espíritus, hasta la actualidad, donde ocurren diagnósticos atinados, tratamientos médicos y psicológicos adecuados y, sobre todo, trato humano y esperanzador ante el sufrimiento emocional. (Halgin & Krauss, 2009)

En el siglo IV a.C. surge el enfoque de los cuatro humores corporales para describir lo que hoy llamamos problemas psiquiátricos. Este enfoque fue descrito por Hipócrates, el cual mencionaba que la bilis negra producía la melancolía. Esta concepción se mantiene hasta el siglo XV. Soranos de Ephesus, médico griego, describe la melancolía con los siguientes síntomas: tristeza, tendencia al llanto, irritabilidad, deseos de morir y alta suspicacia, acercándose más a una explicación un poco más científica. (Bogaert, 2012)

Para el siglo XVIII, en Francia y Alemania principalmente, se empieza a considerar lo que se conocía como “alienación”, como un problema médico. Es en este siglo donde, desde el paradigma de la psiquiatría, se hablaba de una única locura que podía adoptar formas distintas. Esta alienación representaba la alteración de las dificultades del hombre y entre las causas estudiadas se encontraban las físicas, la herencia y las causas morales. (Bercherie, 1986)

También en el siglo XVIII, Freud brinda una definición de melancolía, donde afirma que esta es un duelo provocado por una pérdida de la libido y que esta es característica o más accesible de los individuos débiles. (Manuscrito G Melancolía (1895), 1968)

La explicación que se brindaba de la melancolía se puede resumir de la siguiente manera, según lo afirmado por Freud en el siglo XVIII:

- a. Unión Libidinal Elección de Objeto: Enlace de la Libido con el Objeto
- b. Pérdida De Objeto La causa estimular puede ser más variada que el Duelo. Puede ser pérdida o amenaza de pérdida, de índole material (muerte del Objeto amado) o ideal (pérdida como Objeto erótico). Puede tratarse de una pérdida desconocida (no consciente)
- c. Examen De La Situación Examen de la situación a nivel inconsciente, no de la realidad consciente.
- d. Conmoción en la relación objetal:
- e. Ambivalencia No se da el desplazamiento de la Libido a otro Objeto.
- f. Libido Libre Una parte de la carga libidinal se da en Identificación del Yo con el Objeto (abandonado). La otra parte de la carga libidinal retrocede a la Fase Sádica.
- g. El Yo Es Juzgado Como Objeto Abandonado Una parte del Yo se sitúa frente a la otra y la crítica como sí la tomara por Objeto (la pérdida de objeto se transforma en una pérdida del Yo).
- h. Hostilidad El conflicto Yo Objeto amado se transforma en No Consciente disociación entre la actividad crítica del Yo y el Yo modificado por la identificación. Por eso los reproches con los que el paciente se abruma

corresponden al objeto erótico y han sido vueltos contra el propio Yo. También se dan los reproches referidos realmente al Yo que sirven para encubrir los restantes y dificultar el conocimiento de la verdadera situación. No hay verdadera vergüenza en lo que se autoatribuyen porque esta disfraza una heteroatribución (La mujer que compadece al marido por hallarse ligado a un ser tan inútil como ella, reprocha en realidad al marido su inutilidad).

- i. El Yo Se Impone Al Objeto Freud ignora cómo se produce, pero apunta dos posibilidades: El proceso llega a término en nivel inconsciente, una vez apaciguada la cólera del Yo. Abandona al Objeto por considerarlo carente de todo valor. (Rojas, 1981)

Para el siglo XIX, el médico francés Phillipe Pinel empieza a darle un enfoque médico, donde afirmaba que la persona melancólica mantenía sus pensamientos en un solo objeto, concentrándose tanto en estas ideas, que causaba cierta perturbación y esto podría inducir al suicidio. Señalaba la existencia de cuatro formas que podría tomar la alienación o enfermedad mental: la demencia, la idiocia, la manía y la melancolía, señalando dos causas de la melancolía: las psicológicas y las físicas. (Bercherie, 1986)

Kraepelin, (1845) psiquiatra alemán, considerado el fundador de la psiquiatría científica moderna, llama a esta serie de síntomas “locura depresiva”, refiriéndose a depresión para denominar un estado de ánimo y melancolía como una forma de depresión mental. Por su parte, Adolf Meyer, psiquiatra suizo, propone la eliminación del término melancolía y apoya el uso de la palabra depresión. (Korman & Sarudiansky, 2011).

En países como Francia, Alemania, Bélgica e Italia, la prevalencia de depresión y distimia grave es de 3.9% y 1.1% respectivamente, lo cual indica que la depresión es un problema de salud pública de gran importancia. (Investigators, 2004)

El individuo diagnosticado con depresión no es el único que debe hacer frente a la dificultad; también debe enfrentarse a ella y su sufrimiento, la familia, quien juega un papel crucial; pero además del impacto a nivel personal y familiar, la depresión deja grandes costos de tratamiento y de forma indirecta representa costos por los días de trabajo perdidos y la mortalidad prematura a la que va ligada. (Cetina, 2012)

El trastorno depresivo mayor es un trastorno crónico. Los hospitalizados por este trastorno tienen 50% más probabilidades de recuperarse durante el primer año. Muchos de los pacientes que no se recuperan totalmente, presentan un trastorno distímico. La recurrencia es frecuente, ya que aproximadamente un 25% de los pacientes experimenta recurrencia los 6 primeros meses después del alta de hospitalización. Las recaídas son menores en pacientes que siguen un tratamiento farmacológico de fin preventivo y en aquellos que han presentado no más de dos episodios. (Kaplan & Sadock, 1999)

Se calcula que 300 millones de personas en todo el mundo padecen de depresión y puede convertirse en un problema de salud muy serio, sobre todo cuando su duración es larga y su intensidad de moderada a grave. En el peor de los casos puede llevar al suicidio, el cual es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años. Se calcula que al año se suicidan cerca de 800,000 personas. Más de la mitad de todos los afectados en el mundo no recibe el tratamiento, ya sea por falta de recursos y del personal capacitado o por la estigmatización de los trastornos mentales. La depresión

es vista como el resultado de interacciones entre factores sociales, psicológicos y biológicos. (OMS, 2017)

En la actualidad, según proyecciones de la Organización Mundial de la Salud, la depresión se considera la cuarta discapacidad en el mundo y se espera que para el 2020 ocupe el segundo lugar (Rueda, 2018).

Existe una relación entre la depresión y la salud física, de manera tal que a depresión puede afectar enfermedades físicas como por ejemplo las cardiovasculares, dolor crónico, y a su vez, estas condiciones de salud pueden afectar el curso y la intensidad de la depresión. Los programas de prevención dirigidos para prevenir la depresión se concentran en programas escolares para promover un modelo de pensamiento positivo en niños y adolescentes. La OMS trabaja actualmente en la elaboración de manuales de intervenciones breves para tratar la depresión. (OMS, Campaña con motivo del día mundial de la salud, 2017)

2. Criterios diagnósticos de depresión según el DSM-5

La depresión está tipificada como un trastorno del estado de ánimo; se caracteriza por presentar cambios en su ánimo, tristeza, irritabilidad, cambios en el sueño, alimentación, dificultades cognitivas, pérdida de interés y cambios de conductas diversos.

La OMS define la depresión como un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, desinterés, culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. (OMS, 2017)

Según el Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales, en su quinta edición (DSM-5), los criterios para diagnosticar la depresión son los siguientes:

- Presencia de un ánimo triste
- Sensación de vacío
- Irritabilidad
- Cambios somáticos
- Cambios cognitivos
- Afectación de la capacidad funcional del individuo causada por los síntomas anteriores.

En general estos son los síntomas comunes que se presentan en la depresión, pero el tipo de depresión se diferencia según el tiempo, la presentación temporal o la etiología de los mismos. (APA, 2014)

3. Tipos de depresión y sus criterios según el DSM-5

Son varios los trastornos depresivos tipificados por el DSM 5, los cuales son diferenciadas según su duración y/o etiología. (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 2014).

Según su duración y causas, puede estar diferenciada en categorías, siendo estas tipificadas por el DSM 5 de la siguiente manera:

3.1. Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo

- A. Accesos de cólera graves y recurrentes que se manifiestan verbalmente y/o con el comportamiento, cuya intensidad o duración son desproporcionadas a la situación o provocación.

- B. Los accesos de cólera no concuerdan con el grado de desarrollo.
- C. Los accesos de cólera se producen, en término medio, tres o más veces por semana.
- D. El estado de ánimo entre los accesos de cólera es persistentemente irritable o irascible la mayor parte del día, casi todos los días, y es observable por parte de otras personas.
- E. Los criterios A-D están presentes durante 12 o más meses. En todo este tiempo el individuo no ha tenido un período o que durara tres o más meses consecutivos sin todos los síntomas de los criterios A-D.
- F. Los Criterios A y D están presentes al menos en dos de tres contextos (es decir, en casa, en la escuela, con los compañeros) y son graves al menos en uno de ellos.
- G. El primer diagnóstico no se debe hacer antes de los 6 años o después de los 18 años.
- H. Por la historia o la observación, Criterios A-E comienzan antes de los 10 años.
- I. Nunca ha habido un periodo bien definido de más de un día durante el cual se hayan cumplido todos los criterios sintomáticos, excepto la duración, para un episodio maniaco o hipomaniaco

Nota: La elevación del estado de ánimo apropiada al desarrollo, como sucede en el contexto de un acontecimiento muy positivo o a la espera del mismo, no se ha de considerar un síntoma de manía o hipomanía.

- J. Los comportamientos no se producen exclusivamente durante un episodio de trastorno de depresión mayor y no se explican mejor por otro trastorno mental

(por ejemplo, trastorno del espectro autista, trastorno por estrés postraumático, trastorno por ansiedad de separación, trastorno depresivo persistente).

Nota: Este diagnóstico no puede coexistir con el trastorno negativista desafiante, el trastorno explosivo intermitente o el trastorno bipolar, aunque puede coexistir con otros, como el trastorno de depresión mayor, el trastorno de déficit de atención/hiperactividad, el trastorno de conducta y los trastornos por consumo de sustancias. En individuos cuyos síntomas cumplen los criterios para el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo y el trastorno negativista desafiante, solamente se debe hacer el diagnóstico de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. Si un individuo no ha tenido nunca un episodio maníaco o hipomaníaco, no se debe hacer el diagnóstico de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.

K. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia u otra afección médica o neurológica.

3.2. Trastorno de depresión mayor

A. Cinco o más de los síntomas siguientes han estado durante el mismo periodo de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

Nota: no incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras

personas. (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)

2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (por ejemplo, modificación de un 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado).
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente autorreproche o culpa por estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
9. Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

- B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Nota: los criterios A-C constituyen un episodio de depresión mayor.

Nota: las respuestas a una pérdida significativa (por ejemplo duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo, aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.

- D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Nota: esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

3.3. Trastorno depresivo persistente

En este trastorno se agrupan el trastorno de depresión mayor crónico y el trastorno distímico del DSM-IV.

- A. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años.

Nota: en niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable y la duración ha ser como mínimo de un año.

- B. Presencia, durante la depresión, de dos (o más) de los siguientes síntomas:

1. Poco apetito o sobrealimentación.
2. Insomnio o hipersomnia.
3. Poca energía o fatiga.
4. Baja autoestima.
5. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.
6. Sentimientos de desesperanza.

- C. Durante el periodo de dos años (un año en niños y adolescentes) de la alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas de los criterios A y B durante más de dos meses seguidos.

- D. Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años.
- E. Nunca ha habido un episodio maniaco o un episodio hipomaniaco, y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.
- F. La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico.
- G. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, una droga, un medicamento) o a otra afección médica (por ejemplo, hipotiroidismo).
- H. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Nota: como los criterios para un episodio de depresión mayor incluyen cuatro síntomas que no están en la lista de síntomas del trastorno depresivo persistente (distimia), un número muy limitado de individuos tendrá síntomas depresivos que han persistido durante más de dos años, pero no cumplirán los criterios para el trastorno depresivo persistente. Si en algún momento durante el episodio actual de la enfermedad se han cumplido todos los criterios para un episodio de depresión mayor, se hará un diagnóstico de trastorno de depresión mayor. De no ser así, está justificado un diagnóstico de otro trastorno depresivo especificado o de un trastorno depresivo no especificado.

3.4. Trastorno disfórico premenstrual

A. En la mayoría de los ciclos menstruales, al menos cinco síntomas han de estar presentes en la última semana antes del inicio de la menstruación, empezar a mejorar unos días después del inicio de la menstruación y hacerse mínimos o desaparecer en la semana después de la menstruación.

B. Uno (o más) de los síntomas siguientes han de estar presentes:

1. Labilidad afectiva intensa (p. ej., cambios de humor, de repente esta triste o llorosa, o aumento de la sensibilidad al rechazo).
2. Irritabilidad intensa, o enfado, o aumento de los conflictos interpersonales.
3. Estado de ánimo intensamente deprimido, sentimiento de desesperanza o ideas de autodesprecio.
4. Ansiedad, tensión y/o sensación intensa de estar excitada o con los nervios de punta.

C. Uno (o más) de los síntomas siguientes también han de estar presentes, hasta llegar a un total de cinco síntomas cuando se combinan con los síntomas del Criterio B.

1. Disminución del interés por las actividades habituales (p. ej., trabajo, escuela, amigos, aficiones).
2. Dificultad subjetiva de concentración.
3. Letargo, fatigabilidad fácil o intensa falta de energía.
4. Cambio importante del apetito, sobrealimentación o anhelo de alimentos específicos.
5. Hipersomnia o insomnio.
6. Sensación de estar agobiada o sin control.

7. Síntomas físicos como dolor o tumefacción mamaria, dolor articular o muscular, sensación de “hinchazón” o aumento de peso.

Nota: Los síntomas de los Criterios A-C se han de haber cumplido durante la mayoría de los ciclos menstruales del año anterior.

- D. Los síntomas se asocian a malestar clínicamente significativo o interferencia en el trabajo, escuela, las actividades sociales habituales o la relación con otras personas (p. ej., evitación actividades sociales; disminución de la productividad y la eficiencia en el trabajo, la escuela o casa).
- E. La alteración no es simplemente una exacerbación de los síntomas de otro trastorno, como trastorno de depresión mayor, el trastorno de pánico, el trastorno depresivo persistente (distimia); o un trastorno de la personalidad (aunque puede coexistir con cualquiera de estos).
- F. El Criterio A se ha de confirmar mediante evaluaciones diarias prospectivas durante al menos dos ciclos sintomáticos (Nota: El diagnóstico se puede hacer de forma provisional antes de esta confirmación.)
- G. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento, otro tratamiento) o a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).

3.5. Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento

- A. Alteración importante y persistente del estado de ánimo que predomina en el cuadro clínico y que se caracteriza por estado de ánimo deprimido, disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades.

B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de (1) Y (2):

1. Síntomas del Criterio A desarrollados durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición a un medicamento.
2. La sustancia/medicamento implicado puede producir los síntomas del Criterio A.

C. El trastorno no se explica mejor por un trastorno depresivo no inducido por una sustancia/medicamento. La evidencia de un trastorno depresivo independiente puede incluir lo siguiente:

Los síntomas fueron anteriores al inicio del uso de la sustancia/medicamento; los síntomas persisten durante un periodo importante (p. ej., aproximadamente un mes) después del cese de la abstinencia aguda o la intoxicación grave; o existen otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno depresivo independiente no inducido por sustancias/medicamentos (p. ej., antecedentes de episodios recurrentes no relacionados con sustancias/medicamentos).

D. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un delirium.

E. El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Nota: Solo se hará este diagnóstico en lugar de un diagnóstico de intoxicación por una sustancia o abstinencia de una sustancia cuando los síntomas del Criterio A predominen en el cuadro clínico y cuando sean suficientemente graves para justificar la atención clínica.

Nota de codificación: Los códigos CIE-9-MC y CIE-10-MC para los trastornos depresivos por [sustancia/medicamento específico] se indican en la tabla siguiente. Obsérvese que el código CIE-10-MC depende de si existe o no algún trastorno concomitante por uso de sustancias de la misma clase. Si un trastorno leve por consumo de sustancias coincide con el trastorno depresivo inducido por sustancias, el carácter en 4a posición es "1", y el clínico registrará "trastorno leve por consumo de [sustancia]" antes de trastorno depresivo inducido por sustancias (p. ej., "trastorno leve por consumo de cocaína con trastorno depresivo inducido por cocaína"). Si un trastorno moderado o grave por consumo de sustancias coincide con el trastorno depresivo inducido por una sustancia el carácter en 4a posición es "2", y el clínico hará constar "trastorno moderado por consumo de [sustancia]" o "trastorno grave por consumo de [sustancia]" según la gravedad del trastorno concurrente por consumo de esa sustancia. Si no existe un trastorno concurrente por consumo de una sustancia (p. ej., después de un consumo importante puntual de la sustancia), el carácter en posición es "9", y el clínico solo hará constar el trastorno depresivo inducido por sustancias.

3.6. Trastorno depresivo debido a otra afección médica

- A. Un periodo importante y persistente de estado de ánimo deprimido o una disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades predomina en el cuadro clínico.
- B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de que el trastorno es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.

- C. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno de adaptación, con estado de ánimo deprimido, en el que el factor de estrés es una afección médica grave).
- D. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un delirium.
- E. El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Nota de codificación: El código CIE-9-MC para el trastorno depresivo debido a otra afección médica es 293.83, que se asigna independientemente del especificador. El código CIE-10 MC depende del especificador.

3.7. Otro trastorno depresivo especificado

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno depresivo que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos depresivos. La categoría de otro trastorno depresivo especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de un trastorno depresivo específico. Esto se hace registrando "otro trastorno depresivo especificado" y a continuación el motivo específico (p. ej., "episodio depresivo de corta duración").

Algunos ejemplos de presentaciones que se pueden especificar utilizando la designación "otro especificado" son los siguientes:

1. Depresión breve recurrente: Presencia concurrente de estado de ánimo deprimido y al menos otros cuatro síntomas de depresión durante 2-13 días por lo menos una vez al mes (no asociados al ciclo menstrual) durante un mínimo de doce meses consecutivos en un individuo cuya presentación no ha cumplido nunca los criterios para ningún otro trastorno depresivo o bipolar y que actualmente no cumple los criterios activos o residuales para un trastorno psicótico.
2. Episodio depresivo de corta duración (4-13 días): Afecto deprimido y al menos cuatro de los otros ocho síntomas de un episodio de depresión mayor asociados a malestar clínicamente significativo o deterioro que persiste durante más de cuatro días, pero menos de catorce días, en un individuo cuya presentación nunca ha cumplido los criterios para otro trastorno depresivo o bipolar, no cumple actualmente los criterios activos o residuales para un trastorno psicótico y no cumple los criterios para una depresión breve recurrente.
3. Episodio depresivo con síntomas insuficientes: Afecto deprimido y al menos cuatro de los otros ocho síntomas de un episodio de depresión mayor asociado a malestar clínicamente significativo o deterioro que persiste durante un mínimo de dos semanas en un individuo cuya presentación nunca ha cumplido los criterios para otro trastorno depresivo o bipolar, no cumple actualmente los criterios activos o residuales para un trastorno psicótico y no cumple los criterios para trastorno mixto de ansiedad y depresión.

3.8. Otro trastorno depresivo no especificado

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno depresivo que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos depresivos. La categoría del trastorno depresivo no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno depresivo específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (p. ej. en servicios de urgencias).

4. Etiología de la depresión

A pesar de haberse estudiado la existencia de muchos factores de riesgo para la depresión, es difícil determinar una asociación directa y causal del trastorno, por lo que se puede hablar de factores de riesgo que aún son debatibles. Estos incluyen: clase social baja, residencia urbana, separaciones o divorcios, personas con poco apoyo social y ser de generaciones recientes (Fava, 2000).

Para Silva (2002), hay cuatro factores de riesgo que se asocian al trastorno depresivo mayor y que pueden considerarse como causales, estos son: el género, los eventos vitales estresantes, las experiencias infantiles adversas y algunos rasgos de personalidad.

Apoyando estas afirmaciones, encontramos a García (2012), quien sostiene que el desequilibrio que caracteriza a la depresión es consecuencia de la acción de la herencia, las condiciones históricas y sociales y a la situación personal, por lo que ningún abordaje clínico por sí solo puede hacer frente eficazmente a la depresión.

En este sentido, la Organización Mundial de la Salud nos indica que existen distintos factores que en general predisponen a tener algún trastorno mental, entre estos se encuentran vivir en pobreza extrema, tener problemas crónicos de salud, los niños expuestos al maltrato o abandono, el abuso de sustancias, los grupos minoritarios, personas expuestas a conflictos, desastres naturales u otras emergencias (OMS, Plan de acción sobre salud mental 2013-2020, 2013).

Las afirmaciones anteriores nos introducen a lo que se conoce como el modelo biopsicosocial adjudicado a George Engel, psiquiatra norteamericano, en 1977, que permite ver al ser humano desde tres aristas diversas: la biológica, la psicológica y la social, y hay quienes agregan una cuarta, que es la espiritual y que son básicas para comprender al ser humano y el desarrollo de la patología y por lo tanto dar un tratamiento que sea el más indicado al sujeto en la práctica clínica (Uribe & Gómez, 2010).

4.1. Etiología de la depresión desde la explicación biológica

El factor genético, el sexo y otras características, son estudiadas para determinar su influencia en la predisposición a la depresión, como es el caso del estudio llevado a cabo por Sulliva (2000), donde muestran que existe alrededor de tres veces mayor

probabilidad de depresión en familiares de primer grado de sujetos con trastorno depresivo mayor, que en el resto de la población.

El trastorno depresivo unipolar es la quinta causa de discapacidad en mujeres en el planeta. Las razones parecen establecerse en el modelo biopsicosocial, a lo largo de las diferentes fases del ciclo vital. Aunque la vulnerabilidad genética es fundamental para desarrollar depresión, la posibilidad de desarrollar trastornos depresivos es baja en ausencia de un desencadenante ambiental. (Andreasen, 2005)

Otros estudios, como el realizado por Harknes (2012), apoyan esta afirmación y expresan que las mujeres presentan mayor riesgo de depresión que los hombres, sobre todo en la etapa media de la vida.

En un estudio realizado en Chile, se reportó una prevalencia de depresión en mujeres de 15,4 % mientras que en los hombres fue de un 5,4%, apoyando pues que la depresión es más común en mujeres que en hombres (Silva H. , 2002)

En cuanto a la duración, Davis, Charney, Coyle, & Nemeroff, (2002), Essau, Lewinsohn, Seeley, & Sasagawa (2010), Mori & Caballero (2010), indican que las mujeres presentan episodios depresivos más largos que los hombres y una probabilidad mayor de presentar recurrencia en los episodios (Vásquez Machado, 2013).

Las mujeres tienen dos veces más riesgo de un episodio depresivo mayor que los hombres y esto puede deberse a diversos factores, como lo son el aspecto biológico, el nivel socioeconómico, el rol de cuidadora que asume la mujer en la sociedad, la exposición a la violencia de género y el riesgo de trauma. Sumado a eso, se

encuentran aquellos periodos de fluctuación hormonal a los que, por naturaleza, la mujer se encuentra expuesta, como lo son: la menarca, el embarazo y la menopausia. (Fitelson & C., 2016)

Szatkowski (2000), señala que en la infancia la depresión es más frecuente en varones, mientras que Kaplan, y otros (2010), J, Mezulis, & Abramson (2008), Zahn-Waxler, Shirtcliff, & Marceau, (2008) señalan que cuando aparece la menarca la depresión en mujeres aumenta.

Essau, Lewinsohn, Seeley, & Sasagawa (2010), y Hankin, Mermelstein, & Roesch (2007), encuentran relación entre las hormonas y el estado de ánimo en las adolescentes y que esta relación existe cuando se encuentra sometida a factores ambientales; las féminas se encuentran expuestas en mayor medida que los varones a estresores interpersonales y además reaccionan con mayor sintomatología depresiva que ellos, estando expuestas a los mismos estresores.

Se ha estudiado también la estructura del cerebro de personas con depresión, buscando identificar diferencias entre estos y los sujetos del grupo control. Podemos citar el estudio realizado a 30 sujetos con un primer episodio depresivo donde se logró encontrar una disminución de la sustancia blanca en el hipocampo y una asimetría entre los hemisferios derecho e izquierdo, en comparación con los 30 sujetos del grupo control. (Frodl, Melsenzahi, & Zetsche, 2002)

Por su parte, en un metaanálisis realizado por Campbell (2004), donde se incluyeron unos 17 estudios arrojaron resultados distintos: los pacientes con depresión mantuvieron un menor volumen en ambos hipocampos, aunque la diferencia fue mayor

en el hipocampo izquierdo que en el derecho. (Campbell, Marriott, Nahmias, & G, 2004).

Otra de las estructuras estudiadas para observar si hay cambios o no en la depresión es la amígdala. En un metaanálisis donde se incluyeron unos 13 estudios, se indica que no hubo diferencias en el volumen de la amígdala entre el grupo control y el grupo de pacientes con depresión mayor. Sin embargo, indican que al estudiar cuatro variables: edad, cronicidad, género y medicación, resultó ser esta última la que explica por sí sola la variación en el volumen de la amígdala en los diversos estudios sometidos al metaanálisis; es decir que, a mayor proporción de sujetos medicados, mayor es el volumen de la amígdala de los sujetos con depresión, que los del grupo control (Hamilton, M, & Gotlib, 2008).

Dentro de la línea biológica también se ha estudiado el papel de los neurotransmisores en la depresión. Una de las hipótesis consiste en que el trastorno depresivo se debe a la deficiencia de serotonina, norepinefrina y dopamina. Un metaanálisis que incluyó unos 90 estudios aleatorizados, prospectivos sobre el efecto de la disminución de la serotonina y norepinefrina y estudios de bloqueo enzimático en humanos, mostró que la disminución en el sistema de monoaminas no afecta el ánimo de los controles sanos, pero en controles sanos con historiales familiares con depresión mayor, muestran disminución leve del humor. Esto puede ser indicativo de vulnerabilidad biológica. Por su parte, en sujetos previamente deprimidos en remisión, sin tratamiento antidepresivo, la disminución de serotonina, disminuye moderadamente el ánimo, mientras que la disminución de norepinefrina o dopamina no tienen ningún efecto. Un resultado consistente de esta investigación fue la disminución del ánimo y recaída a

un estado deprimido posterior a la disminución de serotonina, norepinefrina y dopamina en pacientes con trastorno depresivo mayor en remisión, que aún tomaban antidepresivos. Otros de los resultados indican una moderada relación entre la recaída y duración de la remisión después de la disminución de serotonina. Esta ausencia de un efecto fuerte en el estado de ánimo en los controles sanos, indica que las concentraciones de serotonina o norepinefrina cerebrales no están directamente relacionadas (Ruhé, Mason, & AH, 2007).

4.2. Etiología de la depresión desde la explicación psicológica

La observación clínica, de forma reiterada, confirma que los acontecimientos estresantes se encuentran de forma común, precediendo a los primeros episodios del estado de ánimo. Esto apoya la teoría que dice afirma que el estrés que acompaña a este primer episodio, produce cambios a largo plazo en la biología cerebral y que estos cambios pueden producir variaciones en el funcionamiento de los distintos neurotransmisores y disminución exagerada de conexiones sinápticas y por esta razón la persona se presenta más vulnerable a sufrir otros episodios de trastornos del estado de ánimo, aún sin la presencia de factores estresantes externos. (Kaplan & Sadock, 1999)

4.2.1. Explicación psicodinámica de la depresión

Desde el punto de vista psicodinámico, la depresión es un patrón congénito de reacción frente a la pérdida de un ser, objeto o situación afectivamente significativos, la que se expresa como un duelo (Lizarazo, 2005).

Vergote (1976), considera la depresión neurótica como una patología del yo, diferente a las psicosis y neurosis clásicas. El neurótico depresivo aún conserva su yo, a diferencia del psicótico, aun cuando lo ubique a distancia e indiferencia con respecto a las cosas y a los otros. Interiormente conserva la capacidad de entrar en contacto con los demás y continúa siendo un sujeto con el que se puede conversar. Su lenguaje conserva una función mediadora, a pesar de ver la vida sin sentido; se conserva abierto a la comunicación a pesar de experimentar un vacío interior (Vergote, 1976).

Los desencadenantes del trastorno son heridas narcisísticas que estremecen una imagen ideal de sí, que se sostiene en una idealización defensiva que carece de apoyo real o simbólico. La perturbación de los sentimientos vitales es considerada como un efecto de la pérdida del ideal del yo y no como la causa de la depresión (Vergote, 1976).

Los síntomas que se dan en la depresión neurótica manifiestan una inhibición de la fuerza vital. La fatiga, la disminución psicomotora, la indecisión y la falta de relaciones afectivas, todas características de la depresión, revelan un vacío interior que sugiere la pérdida de la tensión pulsional (Vergote, 1976).

Mientras la depresión femenina resulta de una relación desafortunada con la madre, la depresión masculina es consecuencia de la debilidad psicológica de la figura paterna y la prevalencia del modelo materno en términos de identificación. La mujer que padece depresión neurótica elaboró su ideal del yo en una situación de oposición a la madre, la cual fue percibida como dominante, poco femenina y mezquina. Esta relación negativa con la madre puede ser inconsciente, reprimida y compensada por una idealización defensiva. Siendo niña deseó ser reconocida por la madre y solo pudo

superar su depresión y la angustia de su rechazo reforzando su apego y la identificación hacia la madre. La ausencia de ese soporte real para la identificación, determinó un ideal del yo frágil, ya que, como compensación, la hija sobrevalorizó narcisísticamente la figura materna con la que se identificó (Vergote, 1976).

La depresión neurótica del hombre adulto también se relaciona con la parte edípica de su infancia; el padre lo encubre de una armadura falsa, lo cual lo priva de un verdadero soporte de identificación masculina, pero el hijo, apoyado por la imagen materna, transfiere sobre la figura paterna su idea de padre deseado, idealizándolo defensivamente. A esto subyace una nostalgia del padre por una función paterna inconsistente y esto determina en el hijo un anhelo de ser sostenido. El apego a la madre se refuerza regresivamente por la pérdida de lo que representa el ideal del yo. En otras palabras, la depresión en el hombre es el retorno nostálgico a la madre como consecuencia del duelo imposible del padre (Vergote, 1976).

En la depresión, el duelo no superado de la unidad madre-hijo se convierte en un centro de atracción. Un trauma parecido al de las depresiones en los niños parece estar en el trasfondo de las depresiones adultas: un trauma que actúa como un foco causante de la depresión; de esta manera se puede suponer que existe una causalidad entre el trauma latente y el acontecimiento que desencadena la depresión. El trauma predispone el sentido del acontecimiento presente y este a su vez despierta la primera experiencia traumática que estaba latente hasta ese momento (Bogaert García, 2012).

4.2.2. Explicación según la corriente cognitiva

Para Salas (2015), la depresión resulta de la forma como el paciente procesa la información, la relaciona consigo mismo y su ambiente y de los cambios neuroquímicos asociados. Afirma que la causa está dada por factores biológicos y psicosociales. Entre los factores psicosociales menciona la falta de apoyo social, lo que produce aislamiento y soledad; pérdidas parentales tempranas, traumas infantiles y adversidades recientes en la vida; menciona también como factores psicosociales causantes de depresión el tener una madre deprimida, introversión, pérdida de control de los estresores importantes, pérdida de funcionalidad.

Salas propone un modelo cognitivo de la depresión, que está basado en el modelo de Beck, el cual se detallará en la siguiente figura.

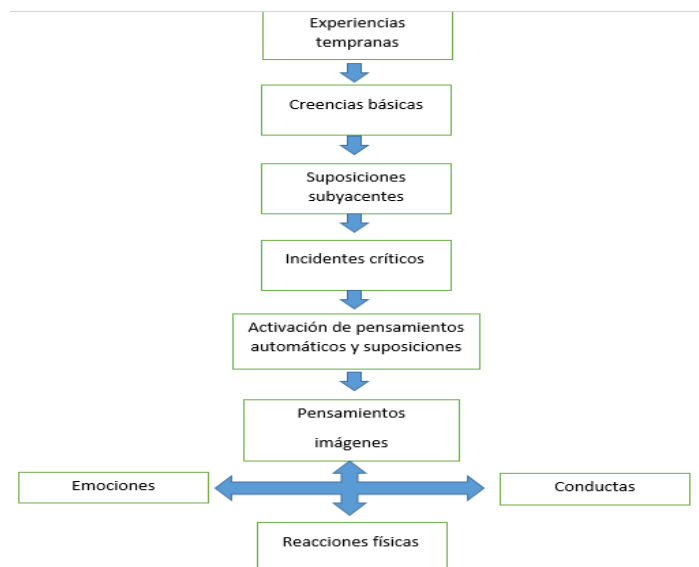


Figura 1 Modelo cognitivo de la depresión

Tomada de (Salas, 2015).

Este modelo lo que plantea es que las experiencias tempranas a las que somos expuestos nos inculcan creencias básicas, las cuales se fundamentan sobre las suposiciones subyacentes, que no son más que convicciones sobre uno mismo o sobre los demás, y que, al verse en contacto con situaciones críticas, activan los pensamientos automáticos, los cuales se encuentran en el nivel más accesible de la cognición. Estos pensamientos automáticos se pueden dar en forma de imágenes o simples pensamientos, los cuales van a activar ciertas reacciones físicas acompañadas de emociones y conductas (Salas, 2015).

Particularmente la depresión se mantiene debido a factores como: problemas de contenido cognitivo, problemas en el procesamiento cognitivo y problemas conductuales o de interacción con el medio ambiente. Los sesgos de atención y memoria, que no es más que notar y recordar información congruente con el estado de ánimo depresivo e ignorar u olvidar la información contraria a ello; el uso de distorsiones cognitivas para explicar los eventos negativos en términos de causas internas y los eventos positivos dándoles causas o razones externas; otras de las razones que mantienen la depresión es que las personas deprimidas utilizan más estrategias de afrontamiento disfuncionales que funcionales (Salas, 2015).

CAPÍTULO II: PSICOTERAPIA BREVE, INTENSIVA Y DE URGENCIA

1. Psicoterapia Breve

La psicoterapia breve, según Lucío Pinkus, en 1984, citado por (Acuña, 2000), siempre existió, pues los casos vistos por Freud tenían una duración medida. Menciona el caso de Catalina como un ejemplo de psicoterapia breve.

Freud, en el Congreso Psicoanalítico Internacional de Budapest en 1918, sugiere la necesidad de una forma terapéutica más accesible a una mayor población. Para los años 50, en Londres, Balint y Malan dedican investigaciones clínicas hacia la conceptualización de las psicoterapias breves, acuñando el término de foco terapéutico y dando importancia al diagnóstico y al vínculo terapeuta-paciente (Acuña, 2000).

El foco no es más que el eje o punto sensitivo del problema del paciente, sobre el cual se trabaja y alrededor del cual se concentran los esfuerzos terapéuticos. El foco puede ser el motivo de consulta, aunque no necesariamente va a ser así (Cienfuegos, 2000).

Existen distintos modelos de psicoterapia breve o focalizada, basadas en distintos marcos teóricos, que pueden ser psicodinámicos, cognitivos, comportamentales, sistémicos, los cuales comparten las siguientes características (Acuña, 2000):

- El objetivo de la terapia es la resolución del problema que preocupa al paciente.
- El proceso terapéutico toma la forma de un trabajo focalizado en el problema.
- La naturaleza de los procedimientos terapéuticos es de carácter flexible.
- El terapeuta representa un rol activo en la terapia.

Franz Alexander y Thomas French, citados por (Cienfuegos, 2000), fueron los primeros en proponer que la teoría psicoanalítica tenía características y principios que podrían

ser utilizados por una terapia de tiempo más limitado que el psicoanálisis clásico.

Propusieron dos principios para la psicoterapia breve:

- Principio de flexibilidad: la flexibilidad del terapeuta radica en que la técnica que use estará en función de una situación concreta.
- Principio de la experiencia emocional correctora: la reacción del terapeuta ante las necesidades emocionales será distinta a la que el paciente espera, según sus experiencias vitales acumuladas, con el fin de oponerse a los patrones establecidos a lo largo de su desarrollo.

2. Psicoterapia breve intensiva y de urgencia

La psicoterapia Breve Intensiva y de urgencias surge en el año de 1946, como respuesta a la necesidad que presentaban quienes llegaban de la guerra con algún trauma que requería de atención psicológica, iniciando con 3 sesiones, que posteriormente se llevó a seis sesiones, encontrando algunos buenos resultados. Leopold Bellak, quien fue el que inició con este modelo, la utilizaba principalmente para trabajar depresión con esta terapia breve. Para 1952, fue tomado este modelo como un dispositivo estándar en la mayoría de los centros mentales comunitarios, empezando con la *Community Mental Health Act* del presidente John F. Kennedy. Convenía validarla como un método terapéutico debido a la necesidad y los pocos recursos disponibles luego de la Segunda Guerra Mundial y sobre todo por el tiempo limitado con el que contaban (Bellak, 2000).

Bellak describe el enfoque de la Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia (PBIU) de la siguiente manera:

1. Un modelo enfocado en los rasgos más importantes del trastorno que se presenta. Esto para comprender al paciente de la forma más completa posible para lograr una adaptación más eficaz.
2. Un modelo que intenta establecer un punto central para comprender en forma precisa por qué el paciente acude a consulta en el día que lo hizo, cuándo inició su problema, en su pasado inmediato, y cuándo y en qué forma parecida existió en su historia personal anterior.
3. Se intenta salvar la discontinuidad entre infancia y adultez, entre pensamiento de vigilia y de sueño, entre lo que es consciente e inconsciente, intenta comprender la interrelación de estos factores con los componentes biológicos, sociales, familiares y físicos de la vida del paciente. Este establecimiento de la causalidad o continuidad entre el presente y el pasado lo considera como la contribución más importante del psicoanálisis.
4. Los síntomas son intentos de solucionar problemas, enfrentar la ansiedad, conflicto, déficit. La conducta para enfrentar situaciones se aprende, se funda en un sustrato biológico, dentro de un medio social, étnico y familiar. Por lo tanto, el grado en el que la conducta se aprende, se puede cambiar a través de reaprendizaje en psicoterapia.
5. La psicoterapia es una forma de aprendizaje, desaprendizaje y reaprendizaje: la psicoterapia breve, intensiva y de urgencia se enfoca en lo que ha aprendido de manera eficiente y lo que necesita desaprenderse y reaprenderse del modo más eficaz posible.
6. La psicoterapia experimentada, breve, intensiva y de urgencia, se realiza tomando en cuenta todas las defensas y proposiciones psicológicas del yo.

7. La PBIU se enfoca y selecciona los síntomas principales y más perturbadores y su causa, dentro de un marco de referencia más amplio y después provee la concepción más certeramente orientada posible de las intervenciones psicoterapéuticas necesarias y suficientes.
8. La esencia de la PBIU no consiste en la cantidad de sesiones, sino en la aproximación enfocada y sistemática.
9. Los beneficios de la PBIU se pueden extender más allá del centro de atención inmediata de la terapia, ya que toda estructura adaptativa del paciente puede cambiar favorablemente, en una especie de reacción psicodinámica en cadena, como resultado de las intervenciones limitadas.
10. En la PBIU se selecciona el problema para tratamiento, no al paciente. En ese sentido, puede utilizarse como prevención primaria, secundaria, como para terciaria en un amplio rango de trastornos. (Bellak, 2000)

3. PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA PBIU

La Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia se rige en diez principios básicos propuestos por (Bellak, 2000), los cuales se describen a continuación:

- La PBIU se relaciona con la terapia tradicional a largo plazo de la misma manera que un cuento se relaciona con una novela.

Bellak hace referencia a que cada tipo de terapia tiene sus propias técnicas, necesita sus propias habilidades y no debe entenderse bajo ninguna circunstancia como una competencia sobre cuál tiene más méritos, pues cada uno está haciendo un trabajo valioso.

- Es esencial una concepción fiel.

Menciona como proposición básica de la terapia breve el comprender todo, saber mucho y entonces hacer aquello que represente una diferencia crucial.

- En lugar de seleccionar a los pacientes, se seleccionan las metas y los problemas.

Se deben determinar las metas de cada caso en particular. No se espera que la psicoterapia breve cure patologías graves, pero es posible que cambie algunos rasgos más perturbadores. Bellak sugiere que la psicoterapia breve sea el primer método de elección y solo cuando esta falla o cuando exista una razón para desear cambios más amplios, se debe emplear psicoterapia de larga duración o psicoanálisis.

- La PBIU se basa en una historia clínica exhaustiva, que se guía por conceptos formulados con claridad y utilice un estilo adecuado de comunicación

Se trabaja a partir de la comprensión del paciente en términos de su historia, su situación vital actual, medio étnico y cultural, experiencia humana completa y lo que se pueda saber a partir de sus fundamentos y predisposiciones generales. Con esta información en forma psicoanalítica y se ayuda al paciente a reaprender y reestructurar con el auxilio de la alianza terapéutica, un contrato de tratamiento y un conjunto de intervenciones técnicas.

- Se puede enseñar llevar a cabo con éxito la PBIU a personas con un conocimiento relativamente limitado de psicodinamia.

Tener vasto conocimiento y experiencia en psicoanálisis sería lo más óptimo para llevar a cabo una intervención con PBIU, sin embargo, a quienes tienen un

conocimiento básico en psicodinamia, se les puede enseñar a llevar a cabo esta psicoterapia de manera exitosa.

- Guía esquemática: el concepto de medicina de urgencia como paradigma para la PBIU.

Realiza una comparación entre el modelo de urgencia médico, en donde, si el paciente está inconsciente, se permeabilizan las vías aéreas; si no respira, se realiza la respiración artificial; esto como base para ciertas sugerencias sobre el manejo de ciertos estados que ocurren con frecuencia.

- La psicoterapia de urgencia no solo se limita a la eliminación del síntoma. A pesar de las restricciones de tiempo, puede haber oportunidad de reconstituir al paciente a un mayor nivel que el premórbido.

“Los principios de la PBIU son los mismos que los de la psicoterapia de urgencia, excepto que en la terapia breve se tiene que definir la meta, mientras que en la psicoterapia de urgencia la meta se encuentra claramente definida por lo que se presenta como urgencia, sea esta el peligro de suicidio, homicidio, crisis de angustia o de algún otro tipo: sostienen que en la intervención en crisis la meta es principal es restaurar al paciente al estado precrítico sin hacer ningún intento por obtener un mayor nivel de resolución y funcionamiento”.

- Eficacia para la prevención primaria, secundaria y terciaria.

Cuando se detecta el riesgo, la psicoterapia breve puede usarse para transelarborar los problemas por adelantado, esto es como forma preventiva.

Los estados agudos pueden también trabajarse con psicoterapia breve, antes de convertirse estos en graves o crónicos, esto es prevención secundaria.

La prevención terciaria se refiere al alivio de los estados crónicos, en otras palabras, lidiar con los síntomas más perturbadores de los psicóticos crónicos, por ejemplo.

➤ Aspectos administrativos e indicaciones para la PBIU.

Bellak recomienda mantenerlo como primera opción tanto en las clínicas que brindan un apoyo social comunitario, donde los recursos son bajos, como en las clínicas privadas, aun cuando el paciente pueda pagar por intervenciones más largas.

Sugiere también esta intervención para bajar las listas de espera en los ambientes de salud mental comunitaria, además de poder conseguir alguna intervención en sectores y pacientes donde las personas no asisten a más de cinco sesiones.

➤ Algunos aspectos administrativos especiales

Bellak recomienda que en el área pública y sobre todo si se trabaja con listas de espera, se lleve a cabo la atención de la siguiente forma:

1. Un director médico que lleve a cabo las admisiones y posteriores asignaciones a la persona apropiada y
2. Cualquier miembro disponible del equipo puede tomar al paciente.

Sugiere que, al realizarlo de la primera forma, el paciente pueda crear un vínculo con ambos, el director y el terapeuta, de manera tal que, si el terapeuta falta por alguna razón, sea más fácil para el paciente llevar el proceso con alguien con quien ya tuvo un primer contacto.

➤ Papel del terapeuta y resistencia a la PBIU

Considera importante que el terapeuta entienda que lleva a cabo un trabajo importante y valioso y no lo vea como medidas momentáneas. En la terapia breve se requiere mucha actividad mental por parte del terapeuta. Escucha, conceptúa y planifica sus intervenciones de una forma más activa que en la terapia de larga duración.

4. PERFIL BÁSICO DE LA PSICOTERAPIA BREVE, INTENSIVA Y DE URGENCIA (PBIU)

Bellak (2000), propone una guía para llevar a cabo la PBIU, la cual se enumera a continuación:

1. Cinco o seis sesiones de 50 minutos, por lo general una por semana.
2. Sesión de seguimiento un mes después
3. Anamnesis completa
4. Valoración psicodinámica y estructural
5. Consideración de aspectos médicos y sociales
6. Plan para las áreas de intervención
7. Plan para métodos de intervención
8. Plan para la secuencia de las áreas y métodos de intervención
9. Decidir si se aplicará la terapia individual únicamente, o si se combinará con sesiones conjuntas o familiares
10. Consideraciones de condiciones facilitadoras como fármacos u hospitalización breve

5. LA INTERVENCIÓN

5.1. Descripción de las sesiones

Como se mencionó (Bellak, 2000), sugiere 5 sesiones de terapia y una de seguimiento un mes después. Estas sesiones se describen a continuación:

5.1.1. Sesión 1

En esta primera sesión se realiza el conocimiento del paciente y mientras más se pueda conocer, mejor. Si hay oportunidad, verlo en la sala de espera, expresiones, forma de caminar. Con esto es posible hacerse alguna idea del paciente antes de iniciar la entrevista. Se sugiere la pregunta “¿qué puedo hacer por usted?” con el fin de encontrar, no solo el síntoma principal, sino todos los posibles síntomas y su tiempo de inicio.

Es muy importante realizar la anamnesis completa; debe recabarse en una sesión de cincuenta minutos. Para esto, el entrevistador debe hacer uso de sus habilidades, guiado por las hipótesis que van surgiendo, para, de forma estructurada, obtener los datos deseados.

A medida que se va obteniendo la historia, se van buscando los comunes denominadores entre el surgimiento del síntoma y alguna situación en alguna etapa de su desarrollo.

Pueden existir detrás del síntoma principal una serie de síntomas secundarios, que se encuentren afectando otras áreas del funcionamiento. Por esto es importante hacer preguntas que puedan llevarnos a encontrarlos y lo que es más importante, lograr relacionarlos con el síntoma principal.

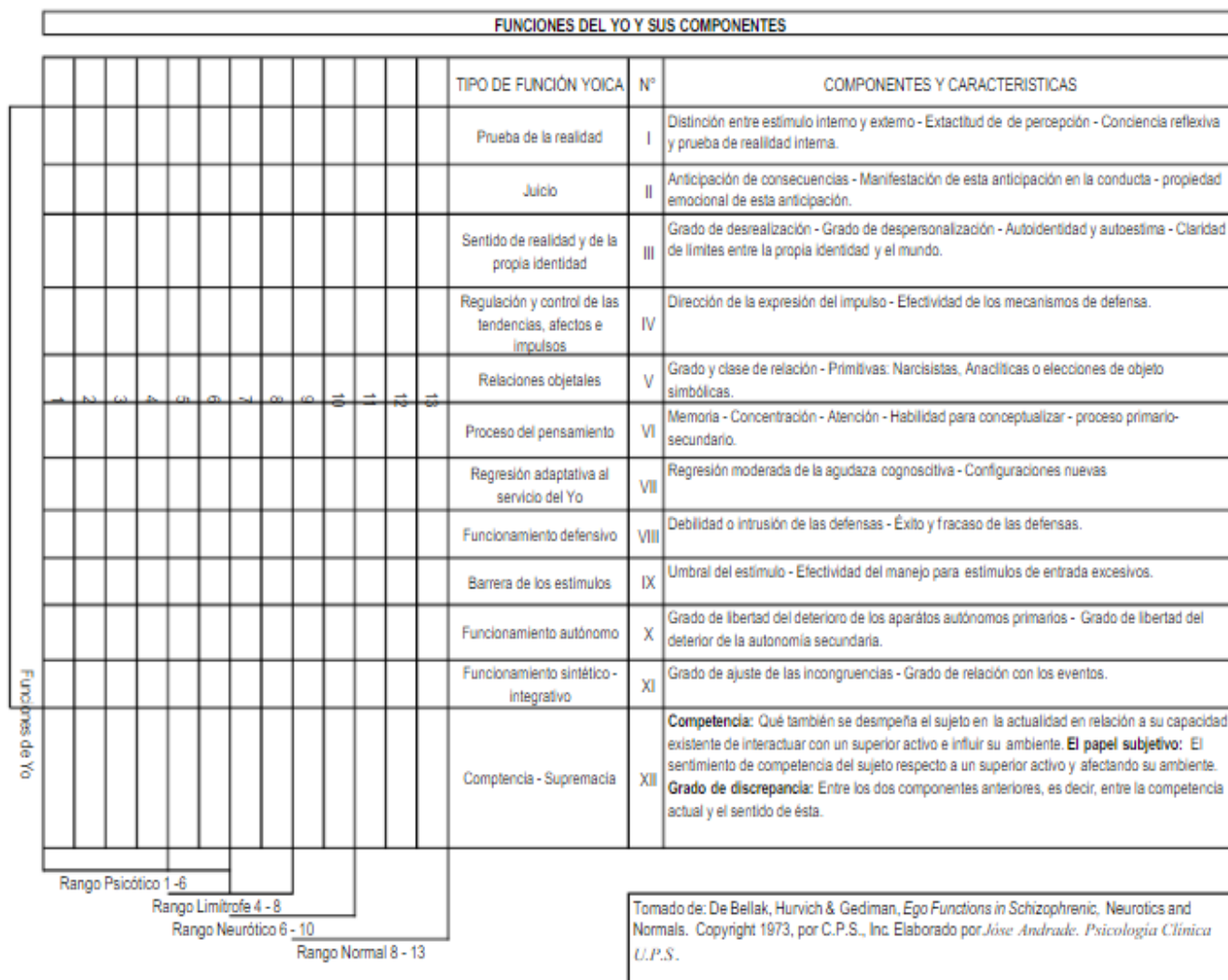
Hacer una visualización del paciente en los distintos momentos de su vida, sobre todo en la infancia; en su ambiente físico actual, en los ambientes sociales en que se maneja, la posición que ocupaba u ocupa en su familia, para hacerse esta idea en términos de la teoría de los sistemas familiar, étnico, cultura y socioeconómico.

La historia familiar en los distintos momentos de la vida es un aspecto importante; la llegada de un nuevo hermano, pérdidas familiares o laborales, enfermedades. Bellak menciona que mientras más temprano en la vida se hayan dado, más influencia tendrá en la formación de la personalidad. Antecedentes médicos y psiquiátricos de la familia, las tendencias suicidas y los riesgos, son factores importantes al estudiar la historia familiar.

A medida que va transcurriendo esta primera sesión, el terapeuta de forma simultánea a la escucha, va formulando hipótesis basadas en todos los datos recabados de la historia clínica. Decide también el mejor plan de tratamiento, ya sea de forma individual, conjunta, familiar.

5.1.1.1. EVALUACIÓN DE LAS FUNCIONES DEL YO

La evaluación de las doce funciones del yo, generalmente para los pacientes más perturbados, se lleva a cabo con el fin de identificar cuál de las funciones yoicas se encuentran intactas y cuáles no (Bellak, Hurvich, & Gediman, Ego Functions in Schizophrenics, Neurotics, and Normals, 1973).



Tomado de: Bellak, Hurvich & Gedman.

Figura 2 Funciones del Yo y sus componentes

5.1.1.2. Tres factores de la relación terapéutica

Dentro de esta primera sesión es sumamente importante centrarse en estos tres aspectos a mencionar:

a. Transferencia

La transferencia es un término propuesto por Freud en 1895, para referirse a aquello que no se provoca, sino que tiene lugar en la situación analítica, permite la asociación libre y la interpretación. Puede ser un recurso auxiliar, que solo puede explicarse satisfactoriamente diciendo que el paciente transfiere al analista sentimientos que corresponderían mejor a una persona significativa de su pasado. (Ortíz, 2014)

La transferencia es vista como el total de la relación que se establece entre el paciente y terapeuta; esta está conformada por las ideas, temores, esperanzas, lo racional e irracional y cualquier proyección que manifieste el paciente durante la terapia. (Acuña, 2000)

Además de una elaboración de la historia, se le pide al paciente que exprese si ha tenido algún sueño la noche anterior y qué sueños pueden recordar de su infancia, sueños recurrentes en algún momento de su vida. Conocer el sueño de la noche anterior puede permitir alguna posible transferencia en el futuro y las expectativas del paciente respecto a la terapia. Mantener la transferencia positiva en la psicoterapia breve y dejar al paciente con ella, es importante. La transferencia negativa tiene que analizarse (Bellak, 2000).

b. Alianza terapéutica

Freud en 1912, planteaba la importancia de que el analista mostrara una actitud comprensiva y mantuviera un interés hacia el paciente, para que la parte más saludable de éste estableciera una relación positiva con el analista. Además, describió el afecto del paciente hacia el terapeuta como beneficiosa y positiva forma de transferencia que le daba cierta autoridad al analista (Freud, 1912).

En 1985, Hartley citado por Corbella y Botella, define la alianza terapéutica como una relación compuesta por la relación real y la alianza de trabajo, siendo la primera el vínculo entre el cliente y el terapeuta y la segunda la capacidad de trabajar conjuntamente hacia los objetivos planteados (Corbella & Botella, 2003).

En esta primera sesión se debe explicar de forma breve la naturaleza del proceso terapéutico, con el fin de aumentar la alianza terapéutica. Bellak (2000), propone algunas ideas para lograrlo:

- Recordar que existe continuidad entre la infancia y adultez, entre el pensamiento del sueño y la vigilia y la conducta del paciente. Esto para comprender la conducta.
- Describir la adquisición de la dinámica y estructura mediante la apercepción, distorsiones aperceptivas y la identificación del rol.

Se debe explicar al paciente que el éxito del proceso va a depender en gran parte de su capacidad para trabajar en alianza con el terapeuta. Se aclaran los roles en terapia: el paciente se dedica a hablar y el terapeuta facilita el proceso a través de la comprensión y guía.

c. Contrato terapéutico

Consiste en explicarle al paciente lo que se espera poder lograr en cinco sesiones, con una duración de 50 minutos cada uno, y la importancia de la sesión de seguimiento un mes después y se verá si existe necesidad de referirlo con alguien más para continuar una psicoterapia de mayor duración.

5.1.2. Segunda sesión

En esta sesión se exploran, de manera más amplia ciertos aspectos. Se indaga en cómo transcurrió la semana, haciendo énfasis en los síntomas principales; se hace una revisión de los sueños la noche posterior a la primera sesión y la noche anterior a la segunda. Si logra hacer referencia a algún sueño, puede servir para la comprensión de la relación terapéutica.

Debe también realizarse la relación entre sesiones, para incrementar el funcionamiento sintético-integrado del Yo respecto a la alianza terapéutica. Se utiliza esta sesión para familiarizar al paciente con lo que se espera de él, motivándoles a expresar lo que pasa dentro de ellos e incrementar su disposición psicológica, *insight* y capacidad para tomar conciencia.

6.1.3 Tercera sesión

En esta sesión se intenta transelaborar lo que se ha aprendido hasta ahora, contrastarlo con los *insights* anteriores. Se toca el tema de la separación inminente o la futura culminación del proceso. Se debe estar muy pendientes, porque en esta sesión puede que el paciente se sienta peor en la próxima sesión por iniciar a hablar

sobre la finalización, sin embargo, esto puede ayudar a transelarorar los problemas de la separación.

6.1.4 Cuarta sesión

Esta sesión es dedicada a comprender más sobre los problemas del paciente, agregar insight e intervenir de cualquier forma necesaria. Se vuelve a hablar sobre la terminación y se conversa sobre las reacciones al respecto. Por supuesto, se mantiene la continuidad entre sesiones y se centra la atención en áreas específicas.

6.1.5 Quinta sesión

Es la última sesión regular. Se le indaga cómo se siente, como de costumbre y se le pide que resuma las sesiones anteriores y transelabore cualquier información adicional. Se intenta e la medida de lo posible terminar la terapia con una transferencia positiva. En esta sesión es importante hacer uso de la capacidad para empatizar o ser más “humano”. Se acepta conversar un poco de sus pasatiempos, equipos favoritos o cualquier información que permita disminuir la distancia en la relación terapéutica.

Se le indica al paciente la importancia de volver en un mes nuevamente, aunque se le deja saber que, si es realmente urgente, se puede hacer antes.

6.1.6 Sexta sesión

Esta sesión se realiza un mes después, donde se va a verificar los logros terapéuticos; se busca dejar nuevamente una transferencia positiva en el paciente y se vuelve a comentar que, si hay necesidad, se puede retomar el proceso, o bien, llevarlo con un nuevo terapeuta.

7. Métodos de intervención en la psicoterapia breve, intensiva y de urgencia

a. Interpretación

“La interpretación es indicar los comunes denominadores entre los patrones conductuales y afectivos del paciente en el pasado, presente y las situaciones de transferencia”. Puede darse a través de afirmaciones verbales y también puede interpretarse a través del señalamiento de una conducta (Bellak, 2000).

Para Juan Nasio, citado por (Bustos, 2016), “una interpretación psicoanalítica es corroborada no tanto por el sentimiento o la convicción del paciente ante esta interpretación, sino por el hecho de que la interpretación sorprenda”, por lo que toda interpretación entonces, responde no a la demanda si no a la incertidumbre, por lo que aparece cualquier conducta, gesto o palabra que da fe de ello, en otras palabras, atrapa al sujeto y el inconsciente emerge.

Es importante encontrar el momento propicio para realizar las interpretaciones, pues si el paciente no se encuentra preparado, puede provocar sentimientos de amenaza y, por lo tanto, alterar el proceso terapéutico (Acuña, 2000).

b. Catarsis y catarsis mediata

La catarsis mediata no es más que una expresión donde el terapeuta expresa al paciente una proposición cargada emocionalmente, de manera tal que a través de esta, sea el terapeuta quien tome la responsabilidad de lo dicho, transmitiendo así que es permitido tener esas emociones y propiciando un espacio para que sea él quien las exprese (Bellak, 2000).

c. Represión del impulso

Es una forma directiva en la que se le indica al paciente que deje de hacer algo que le causa problema, mientras se trabaja en la idea de aceptar el por qué esta situación le causa angustia. Se espera que mientras se reprime la conducta, la persona pueda trabajar en su reconstitución (Bellak, 2000).

d. Sensibilización a las señales

Busca que el paciente se haga consciente que ciertas conductas de su parte funcionan como un *acting out*, o que se realizan cuando se encuentra en una situación específica (Bellak, 2000).

e. Educación

Esta va relacionada con la sensibilización a las señales y consiste en dar información al paciente para que se familiarice con lo que le sucede y comprenda qué medidas adoptar, por qué son necesarias y en qué le ayudarán (Bellak, 2000).

f. Intelectualización

Esta representa un papel importante en PBIU; su uso puede servir para incrementar la alianza terapéutica, ya que funciona para asegurarle que el terapeuta, al menos intelectualmente, entiende sus síntomas; esto permite la comprensión del paciente sobre lo que le está ocurriendo y le hace ver que en algún momento podrá lograr lo que hasta ahora le parece desorganizante (Bellak, 2000).

g. Apoyo

El hecho del terapeuta aceptar los sentimientos que expresa el paciente, ya sea de agresión, sexualidad le hace aceptar la ansiedad. Debe usarse este método en ciertos momentos de la terapia, mas no puede usarse como única opción (Bellak, 2000).

8. Terapia breve, intensiva y de urgencia de la depresión

La depresión se considera el síntoma principal de muchas de las personas que solicitan consulta. Muchas veces es visto como sinónimo de desgracia, ya que existe posibilidad de un suicidio. Los pacientes con depresión presentan, en su mayoría, los mismos factores psicodinámicos como etiología. Basado en esto, se pueden formular la psicoterapia breve para la mayoría de las depresiones, tomando en cuenta las particularidades de cada caso, viendo así, de ser necesario, la utilización de terapias familiares o conjuntas o el uso de fármacos (Bellak, 2000).

8.1 Factores específicos en la psicoterapia de la depresión

La psicoterapia breve, intensiva y de urgencia señala diez variables como prioritarias en la depresión y en su intervención. A continuación se describe cada una (Bellak, 2000):

Problemas con la regulación de la autoestima

Los problemas con la autoestima se deben tratar a través de:

- a. Explorar la historia personal del paciente con respecto a la autoestima o a la falta de ella; aspectos relacionados con introyecciones, traumas, defectos, nivel de aspiración.

- b. Explorar ataques recientes a la autoestima
- c. Relacionar comunes denominadores entre la historia pasada y los eventos precipitantes recientes con propósitos de interpretación, *insights* y transelaboración; discutir problemas estructurales de la autoestima.
- d. Esmerarse en tratar al paciente con dignidad.
- e. Señalar las áreas en la vida del paciente que sean consonantes con una autoestima alta y las razones para ello.
- f. Manejar la agresión contra sí mismo, que parte de sí mismo tiene contra otra, a través de examinar las introyecciones y constituyentes del superyó e interpretarlos; contrastar el origen histórico con la realidad actual y modificarlas a través de la actitud del terapeuta
- g. Examinar en detalle la naturaleza de los ideales del yo, el nivel de aspiración y la firmeza de las defensas en un intento por reducir la diferencia entre las expectativas irrealizables y la realidad.
- h. Hacer cualquier interpretación de la transferencia que aparezca especialmente adecuada para este problema.

Superyó severo

El superyó severo se trata a través de:

- a. Comprender qué componentes hacen necesario que se desvíe la agresión contra sí mismo. El tratamiento debe incluir la exploración de la formación del superyó, sus elementos constituyentes, sus manifestaciones y la situación contemporánea; encontrar denominadores comunes entre el pasado y el presente, mediante la interpretación, *insight* y transelaboración

- b. Utilizar la catarsis mediata
- c. Inducir la catarsis a través de alentar al paciente a expresar sus sentimientos y señalarle la negación de estos.
- d. Examinar cualquier proyección dentro de la situación transferencial

Intraagresión

El tratamiento de esta variable se logra a través de:

- a. El estudio de la historia personal y los sucesos precipitantes contemporáneos para una comprensión de quién puede haber sido históricamente, el objeto primario de agresión y quién lo es en la actualidad. Se tienen que relacionar los objetos internalizados, contra los cuales se dirigió y dirige la agresión debido a desilusiones y engaños previos; con los objetos actuales.
- b. Hacer que el paciente tome conciencia que el hecho de que los objetos contemporáneos que causaron su trauma actual, tal como el objeto amoroso o figura paterna, se han distorsionado de forma aperceptiva a través de sus experiencias con el objeto pasado.
- c. Hacer que el paciente tome conciencia de que la agresión también se puede dirigir contra las autorrepresentaciones, es decir, una parte del sí mismo dirige la crítica hacia la otra.
- d. Manejar el hecho de que la regulación de la autoestima representa un papel importante en la depresión. Es claro que las diferencias entre el ideal del yo: ser grande, ser fuerte, ser limpio; y el sentido del sí mismo con respecto a estas metas, también representa un papel importante en la intraagresión.

Sentimiento de pérdida (de amor, de un objeto amoroso, de parte de uno mismo, de las posesiones, de la autoestima)

Un sentimiento de pérdida se trabaja a través de:

- a. Examinar la historia personal, en particular, en relación con pérdidas tempranas, sacar a relucir sucesos precipitantes actuales relacionados con una pérdida y ayudar al paciente a obtener insight a través de transelarorar los traumas pasados en relación con los actuales.
- b. Examinar la naturaleza general de las relaciones objetales, las excesivas demandas pasivodependientes que facilitan un sentimiento de desilusión.
- c. Prestar atención a la necesidad de amor, en específico, en la situación transferencial.

Sentimientos de desilusión

La desilusión frecuentemente relacionada con la depresión se trabaja a través de:

- a. Seguir los conceptos de Jacobson acerca de la desilusión; la historia personal se debe estudiar en especial en cuanto a eventos previos que se relacionan con el sentimiento de desilusión acerca de objetos amorosos. La desilusión puede sobrevenir de cualquier forma, desde inocente como la llegada de un nuevo miembro, hasta más crónica como la responsabilidad de la madre.
- b. Examinar los sucesos precipitantes que dispararon la depresión en busca de evidenciad de desilusión y establecer los comunes denominadores entre las primeras experiencias de desilusión y los sentimientos actuales de la misma

naturaleza, con el propósito de interpretación, *insight* y transelaboración. La relación transferencial se debe observar desde este punto de vista.

- c. Manejar el enojo en contra de los objetos amorosos que causaron desilusión.

Sentimientos de engaño

Un sentimiento de engaño se debe tratar a través de:

- a. Examinar la historia personal en busca de los primeros episodios de engaño, que por lo general se dan de forma habitual en la infancia.
- b. Transelaborar los rasgos paranoides. Personas a las que se les ha engañado, en ocasiones tienen dificultad para establecer relaciones objetales duraderas; por esta razón, la relación transferencial probablemente también sea frágil.

Oralidad y hambre de estímulo

Esta variable se trabaja a través de:

- a. Examinar la historia personal en busca de evidencias de la necesidad de suministros orales y otros estímulos y la reacción depresiva cuando no están disponibles.
- b. Adoptar un concepto amplio de las necesidades orales. Muchas veces se muestra como hambre de estímulo la necesidad de amor y necesidad de estimulación, sonido, luz, contacto humano, que se manifiesta en las situaciones hipomaniacas y depresiones.
- c. Manejar dentro de este contexto, con la triada oral de Bertram Lewin, la necesidad de devorar, el deseo de ser devorado y el deseo de dormir.

Narcisismo

Algunos pacientes con depresión muchas veces presentan características asociadas a la falta de estímulo o un narcisismo secundario o necesidades de nutrimentos narcisistas. Por otra parte, su narcisismo también se relaciona con las formas patológicas de la regulación de la autoestima.

Esta variable se trata a través de:

- a. Examinar los intentos del paciente por regular la entrada de estímulos de todo tipo. Las personas que consiguen un cálido objeto amoroso internalizado, pueden ser notablemente independientes de los suministros exteriores y no se deprimen en forma significativa aun después de experiencias deprimentes. Puede decirse que la autoestima de esta persona se encuentra bastante bien protegida. Por el contrario, algunas personas que tienen experiencias emocionales frías, su autoestima desciende de forma abrupta y su necesidad de nutrimentos narcisistas externos aumenta de manera notable.

En este sentido, la personalidad depresiva se deprime fácilmente cuando no hay suficiente ingreso de estímulo de tales factores como la autoestima, en especial un sentimiento de que se es amado, y otros estímulos. En el intento por regular el hambre de estímulo.

- b. Prestar especial atención a la educación y planificación de la vida del paciente. Debe aprender a reconocer las señales de desilusión y disminución y protegerse contra la decepción después de experiencias muy gratificantes.
- c. Atender a la excesiva necesidad de ser amado, de tener otras gratificaciones narcisistas, debido a la falta de salud en la forma de buenas introyecciones. Es

el sentimiento de vacío resultante que con frecuencia se percibe como proveniente del exterior y se relaciona con la necesidad de entrada de estímulos, sentimientos de baja autoestima, relaciones objetales deficientes y con tomar al sí mismo como el propio objeto amoroso.

- d. Tomar en cuenta que es muy probable que el hambre de estímulo tanto como el impedimento con respecto al narcisismo, se relacionen con una perturbación bioquímica.

Negación

La negación, como mecanismo de defensa más importante en la depresión, se trata a través de:

- a. Examinar la historia personal en busca de ocurrencias previas de negación y si fueron seguidas por depresiones o exaltación subsecuente.
- b. Establecer continuidad cuando existe discontinuidad, puede señalar el afecto negado. Esto por sí solo con frecuencia revertirá rápidamente una depresión. La negación como mecanismo defensivo sobresaliente en los trastornos afectivos, fue discutido por Bertman Lewis; este describe que los procesos de pensamiento que se involucran son centrífugos. En los pacientes depresivos se niega el hecho traumático, ya sea desilusión, engaño o un evento encolerizante.
- c. Utilizar tanto la catarsis mediata, como la catarsis directa. Estas son útiles en la recuperación de la depresión luego del afecto y eventos negados. Es importante que se ayude al paciente a expresar su ira hacia la persona que precipitó la depresión actual, así como en contra de los introyectos relacionados.

Relaciones objetales

Las perturbaciones en las relaciones objetales, como variable principal en la depresión se deben tratar por medio de:

- a. Examinar la historia personal en busca de la naturaleza de las relaciones objetales. En los depresivos, las relaciones objetales, con frecuencia son de una naturaleza anaclítica, con un apego oral que representa un papel predominante. En la depresión representa un papel importante la privación; padres críticos con autoestima baja. Representa un papel notable la necesidad de complacer a otros junto con las casi inherentes condiciones para fracasar. Las relaciones simbióticas sobresalen en las depresiones graves, con las concomitantes dificultades en los propios límites.
- b. Es referirse de manera constante a la relación de transferencia en la terapia breve, intensiva y de urgencia. Desde el principio se debe prevenir al paciente de que podría decepcionarse con facilidad y tratar de interrumpir el tratamiento. Desde la primera sesión se debe ayudar al paciente a anticipar y transelaborar la separación, desilusión e ira que podrían sobrevenir y que amenazarían el resultado terapéutico.
- c. Es de gran importancia terminar la psicoterapia breve y de urgencia en un tono transferencial positivo. Es poco probable que en realidad se puedan afectar los problemas estructurales pertinentes a las relaciones objetales para producir un cambio permanente, pero se pueden y deben manejar los problemas dinámicos para lograr un efecto terapéutico expedito.

- d. Tener presente la unidad diádica y las consideraciones de los sistemas. Esto es, la persona alterna su estado de ánimo, de normal a depresivo, como parte de una interacción con otra persona significativa. En situaciones así, muy pocas veces basta con tratar solo al paciente identificado, sino que es importante incluir al otro significativo.

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

1. Planteamiento del problema

La depresión es un trastorno mental que se caracteriza por sentimientos de vacío, llanto frecuente, sentimientos de tristeza intensos, que pueden darse por un tiempo prolongado. Puede cursar por sí sola, como puede darse como consecuencia de otras patologías mentales, enfermedades físicas o como efecto de medicamentos. Esta condición mental afecta por sí misma el ritmo de vida de la persona, al manifestar muchas veces desinterés, desesperanza; puede afectar las relaciones interpersonales, laborales y la forma de verse a sí mismo.

Existen diversos modelos psicoterapéuticos que permiten dar una intervención para disminuir la depresión, dando muy buenos resultados.

Muchas veces quienes padecen de depresión son personas que no cuentan con el recurso económico para asistir a procesos terapéuticos de un gran número de sesiones, ya que esto conlleva una inversión económica. Por esta razón, se plantea un modelo de atención breve como herramienta para disminuir la depresión.

En Panamá, según cifras del 2015 dadas por el Ministerio de Salud, la depresión se considera como la segunda causa de años de vida perdidos por discapacidad en mujeres de 15 a 49 años y el quinto para los hombres en el mismo rango de edad. Datos de este mismo año (2015), indican que se diagnosticaron 3,772 casos, de los cuales 2,918 fueron mujeres y 854 fueron hombres, es decir que, de cada 10 casos diagnosticados, 8 fueron mujeres. En el grupo de 35 a 49 años se concentró el mayor número de personas con depresión, siendo 914 casos en mujeres y 186 en hombres. 205 casos con intentos de suicidio distribuidos en 123 mujeres y 82 hombres (Villar, 2017).

En una muestra de 3,619 estudiantes de un estudio realizado en 46 escuelas públicas de la República de Panamá por el Instituto Conmemorativo Gorgas en junio de 2016, se encontró que el 11.6% de esta población padece depresión (Rosenshain, 2016).

Basándonos en las estadísticas brindadas por el ministerio de salud en nuestro país y considerando las proyecciones mundiales sobre la depresión que actualmente brinda la Organización Mundial de la Salud, se presenta la necesidad de brindar un modelo de intervención, el cual se rige por el siguiente planteamiento: ¿Puede la psicoterapia breve, intensiva y de urgencia, disminuir la depresión en adultos de 19 a 25 años?

2. Justificación

Sabiendo las cifras de personas con depresión con las que cuenta el país, además de las proyecciones mundiales que a futuro prevén las organizaciones de salud internacionales, la necesidad de brindar intervenciones efectivas en poco tiempo, con el menor costo posible, sobre todo en sectores de pocos recursos, surge la motivación de crear este proyecto.

Con el desarrollo de esta investigación se busca brindar una herramienta de intervención que permita en un menor tiempo, dar una atención de calidad y basada en evidencias, a la gran demanda de pacientes con depresión en las instituciones de salud pública. La misma brindará datos estadísticos para conocer si la intervención dio un buen resultado y podremos comprobar su efectividad y de ser así, realizar réplicas de la misma.

Los resultados podrán ser de consulta pública en la biblioteca de la Universidad de Panamá y podrán servir de consulta y referencia a los interesados en desarrollar estudios que compartan las mismas características.

Los beneficiarios de esta investigación serán los participantes de la misma, los estudiantes y/o profesionales que consulten esta investigación.

3. Objetivos

3.1. Objetivos Generales

3.1.1. Validar estadísticamente la efectividad de la terapia breve, intensiva y de urgencia en la disminución de los síntomas depresivos de adlts de 19 a 25 años.

3.2. Objetivos Específicos

3.2.1. Desarrollar el programa de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia en adultos de 19 a 25 años con síntomas de depresión clínicamente significativa.

3.2.2. Revelar los resultados obtenidos de la aplicación de la psicoterapia breve, intensiva y de urgencia en pacientes con depresión clínicamente significativa, de 19 a 25 años.

4. Hipótesis

4.1. Hipótesis general

Ho: Los pacientes adultos entre 19 y 25 años con depresión clínicamente significativa que reciban la psicoterapia breve, intensiva y de urgencia no presentarán disminución de los síntomas depresivos.

Ha: Los pacientes adultos entre 19 y 25 años con depresión clínicamente significativa que reciban la psicoterapia breve, intensiva y de urgencia presentarán disminución de los síntomas depresivos.

4.2. Hipótesis de trabajo

Ho: Los pacientes adultos entre 19 y 25 años con depresión clínicamente significativa que reciban la psicoterapia breve, intensiva y de urgencia no presentarán disminución estadísticamente significativa en los puntajes del Inventario de Depresión de Beck.

Ha: Los pacientes adultos entre 19 y 25 años con depresión clínicamente significativa que reciban la psicoterapia breve, intensiva y de urgencia presentarán disminución estadísticamente significativa en los puntajes del Inventario de Depresión de Beck.

Ha: $\mu_1 < \mu_2$

5. Estrategia de investigación

Con base en los objetivos propuestos, al alcance de esta investigación y el grado de conocimiento necesario para llevarla a cabo, esta será una investigación cuantitativa, según sus objetivos, es de tipo Explicativa y según el tiempo en que se efectuará, es de tipo transversal, ya que durará menos de un año. Su diseño será preexperimental de un solo grupo con pretest-posttest. Preexperimental debido a que no se podrá tener un control riguroso de todas las variables que influyen en la investigación (Kazdin, 2001)

6. Variables

6.1. Variable independiente: Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia

- Definición conceptual: La psicoterapia breve, intensiva y de urgencia es un modelo de intervención que busca a través de una anamnesis completa, realizar una valoración psicodinámica y estructural, tomando en cuenta los aspectos médicos y sociales, para así preparar un plan de intervención, enfocándose en el síntoma principal, siendo muy importante la alianza terapéutica, la transferencia y el contrato terapéutico.
- Definición operacional: Se realizarán 5 sesiones de psicoterapia individual y una sesión de seguimiento 1 mes después.

6.2. Variable dependiente: Depresión

- Definición conceptual: La depresión es un trastorno que se caracteriza por la presencia de tristeza, sentimientos de vacío o irritabilidad, acompañado por cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente la capacidad de funcionar del individuo (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 2013).
- Definición operacional: Se medirá con el Inventario de Depresión de Beck, Se considerará como depresión clínicamente significativa los puntajes de 20 en adelante.

7. Población

Los pacientes fueron usuarios de la Clínica Psicológica y del Desarrollo Humano, Dr. Horacio Harris Duque, de la Universidad de Panamá. Actualmente esta clínica atiende a usuarios de 5 años en adelante, por motivos de consulta variados, como problemas de conducta, depresión, ansiedad, estrés, entre otros.

8. Muestra

Los participantes fueron seleccionados al azar, de manera tal que todos los inscritos en la lista de espera que presentaran depresión y cumplieran con los criterios de inclusión, tuvieran las mismas posibilidades de ser seleccionados.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

- Tener entre 19 y 25 años
- Ser usuario de la Clínica Psicológica y del Desarrollo Humano, Dr. Horacio Harris Duque, de la Universidad de Panamá
- Presentar depresión clínicamente significativa
- Firmar el consentimiento informado
- Asistir a todas las sesiones de terapia de manera consecutiva

9. Instrumentos de medición

Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II)

El Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) es un autoinforme de lápiz y papel compuesto por 21 ítems de tipo Likert. El inventario inicialmente propuesto por Beck y sus versiones posteriores han sido los instrumentos más utilizados para detectar y

evaluar la gravedad de la depresión. Sus ítems no se derivan de ninguna teoría concreta acerca del constructo medido, sino que describen los síntomas clínicos más frecuentes de los pacientes psiquiátricos con depresión (Estrada, Delgado, Landero, & González, 2015).

El BDI-II ha experimentado algunas modificaciones respecto a las versiones anteriores para representar mejor los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos recogidos en el DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición, *American Psychiatric Association*, 1994) y CIE-10 (Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, Organización Mundial de la Salud, 1993), (Beck, Steer, & Brown, 2011).

Arroja puntuaciones entre 0 y 63, colocando los puntajes en las siguientes categorías:

Mínima depresión	0-13
Depresión leve	14-19
Depresión moderada	20-28
Depresión grave	29-63

Confiabilidad: coeficiente alfa de 0.92

Estabilidad entre *test* y *retest*: 0.93

Índice de correlación con otras escalas: guarda una correlación de 0.71 con la Escala de Hamilton para medir la depresión.

Validez de contenido: fue desarrollado para evaluar los síntomas de depresión según los criterios para trastornos depresivos del DSM-IV (Beck, Steer, & Brown, 2011).

CAPÍTULO IV: RESULTADOS, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. Presentación de resultados

Los resultados que a continuación se presentan, fueron procesados utilizando la herramienta de análisis de datos que facilita el programa Microsoft Excel. Se registraron los datos obtenidos por los seis sujetos en el preprueba y el postprueba y se procedió a realizar el análisis de datos con la prueba t de *Student* para pruebas de dos muestras emparejadas.

Tabla N°1
Descripción de la muestra

N° Sujeto	sexo	edad	Estado civil	Escolaridad
1	Femenino	22	Soltera	Universitaria
2	Femenino	22	Soltera	Universitaria
3	Masculino	25	Soltero	Universitario
4	Femenino	23	Soltera	Universitaria
5	Femenino	23	Soltera	Universitaria
6	Masculino	19	Soltero	Universitario

Tabla 1 Descripción de la muestra

La tabla N° 1 indica las características de los sujetos de la muestra, a los cuales se les identifica con un número para guardar la confidencialidad. 66% de los sujetos fueron mujeres y 33% fueron varones. 100 % de la muestra mantiene una escolaridad de nivel universitario y el 100% se mantiene soltero. La edad promedio de la muestra fue de 22 años. Las características mencionadas de nuestra muestra, nos permite decir que la

misma mantiene el criterio de homogeneidad, lo cual nos permitió usar el estadístico t de *Student* para muestras pequeñas.

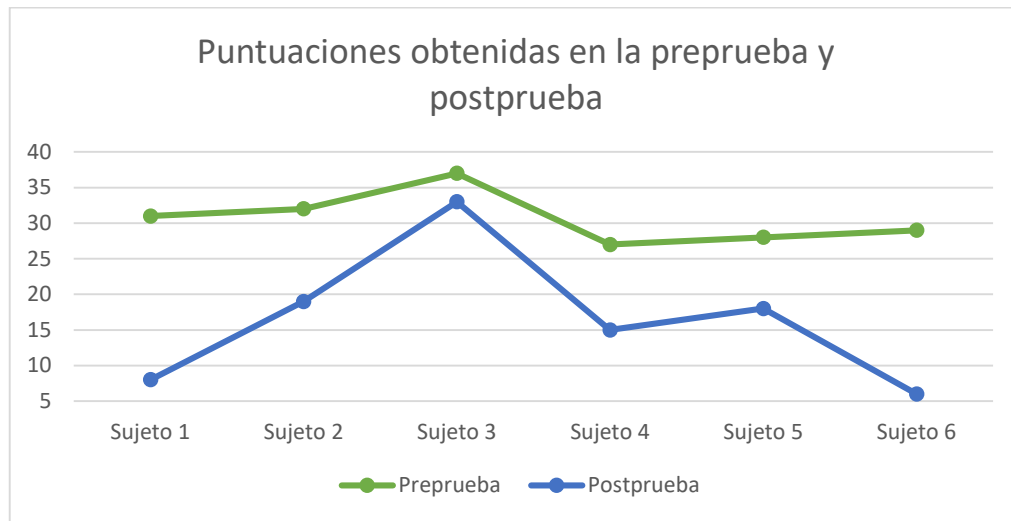
Tabla N° 2
Puntuaciones obtenidas en el Inventario de Depresión de Beck

SUJETO	PREPRUEBA	POSTPRUEBA
1	31	8
2	32	19
3	37	33
4	27	15
5	28	18
6	29	6

Tabla 2 Puntuaciones obtenidas

La tabla N° 2 nos muestra las puntuaciones obtenidas en ambas mediciones, siendo 27 el menor puntaje y 37 el puntaje mayor en la preprueba, mientras que, en la postprueba, el puntaje más alto fue de 33 y el menor fue de 6 puntos.

Gráfica N° 1
Puntuaciones obtenidas en la preprueba y postprueba



Gráfica 1 Puntuaciones obtenidas

En la gráfica N° 1 se observa que los seis sujetos presentaron una disminución en la postprueba, con respecto a las puntuaciones que ofrece la prueba.

Tabla N° 3
Categoría diagnóstica según puntaje de preprueba y postprueba

Tabla 3 Categorías diagnósticas según las puntuaciones

Sujeto	preprueba	Categoría diagnóstica del BDI-II	Postprueba	Categoría diagnóstica del BDI-II
1	31	Depresión grave	8	Depresión mínima
2	32	Depresión grave	19	Depresión leve
3	37	Depresión grave	33	Depresión grave
4	27	Depresión grave	15	Depresión leve
5	28	Depresión moderada	18	Depresión leve
6	29	Depresión grave	6	Depresión mínima

En la tabla n° 3 se muestran los puntajes obtenidos en ambas mediciones y las categorías diagnósticas a las que corresponde cada puntaje en el Inventario de Depresión de Beck-II. Se puede observar que los puntajes de la primera medición, el 83% se encontraba en una categoría de depresión grave. El 16% se encontraba en depresión moderada. En la segunda medición el 50% de los sujetos se encuentra en la categoría de depresión leve; 33% en depresión mínima y 16% se mantuvo en depresión grave.

Tabla N° 4
Prueba de hipótesis

Prueba t para medias de dos muestras emparejadas

	<i>Preprueba</i>	<i>Postprueba</i>
Media	30.6667	16.5
Varianza	13.0667	93.1
Observaciones	6.0000	6
Coeficiente de correlación de Pearson	0.7110	
Diferencia hipotética de las medias	0.0000	
Grados de libertad	5.0000	
Estadístico t	4.6138	
P(T<=t) una cola	0.0029	
Valor crítico de t (una cola)	2.0150	
P(T<=t) dos colas	0.0058	
Valor crítico de t (dos colas)	2.5706	

Tabla 4 Prueba de hipótesis

En la tabla N° 4 se muestra la prueba de hipótesis realizada con el programa de análisis de datos de Excel, usando el estadístico t de *Student* para medias de dos muestras emparejadas.

Se puede observar la media de la primera medición de 30.66 y en la segunda medición la media bajó a 16.5.

Podemos observar que el valor de nuestra $p=0.0029$ es menor que el valor alfa a una cola (0.05), por lo tanto, podemos afirmar que existen diferencias significativas entre las medias de nuestras dos mediciones.

Recordando, nuestras hipótesis planteadas son las siguientes:

Ho: Los pacientes adultos entre 19 y 30 años con depresión clínicamente significativa que reciban la psicoterapia breve, intensiva y de urgencia, no presentarán disminución estadísticamente significativa en los puntajes del Inventario de Depresión de Beck.

Ha: Los pacientes adultos entre 19 y 30 años con depresión clínicamente significativa que reciban la psicoterapia breve, intensiva y de urgencia presentarán disminución estadísticamente significativa en los puntajes del Inventario de Depresión de Beck.

Los valores obtenidos nos permiten entonces rechazar la hipótesis nula y afirmar que la psicoterapia breve, intensiva y de urgencia disminuyó los síntomas de depresión en la muestra.

Es importante destacar que esta prueba de hipótesis fue posible debido a que esta muestra cumplía con criterios para indicar su homogeneidad, como lo son: las edades, el sexo, estado civil y nivel académico.

No fue posible tener una muestra más grande en este estudio debido a varias situaciones: muchos de los pacientes atendidos en la Clínica Psicológica y del

Desarrollo Humano Horacio Harris Duque son estudiantes y por las responsabilidades académicas, muchas veces se da incumplimiento terapéutico, reprogramación de sesiones, por lo que la consistencia no fue la adecuada para lo solicitado en la formulación de la terapia.

Algunos de los pacientes que cumplían con los criterios de inclusión no quisieron participar de la investigación por temor a que sus datos fuesen revelados, a pesar de haberseles aclarado la responsabilidad del terapeuta del manejo de la confidencialidad.

De los 10 sujetos que aceptaron participar, solo seis cumplieron con los criterios para participar de la investigación.

De los seis sujetos que culminaron el estudio, 4 asistían por primera vez a un psicólogo, uno había asistido con un psiquiatra en el pasado y uno con una psicóloga.

Quien había asistido al psiquiatra con anterioridad, tuvo una disminución de cuatro puntos en el inventario, sin embargo, se mantuvo en el nivel de depresión grave. Este sujeto tuvo que ser atendido de forma conjunta con la familia en la sesión de seguimiento, a quienes se le dio instrucciones de asistencia a servicio de urgencia psiquiátrica por las características del sujeto y de la historia clínica.

Conclusiones

- La psicoterapia breve, intensiva y de urgencias mostró una efectividad en la disminución de los niveles de depresión en los pacientes a los que fue aplicada, por lo cual fue rechazada la hipótesis nula de este estudio.
- Los pacientes a los que se la aplica la Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia, disminuyen a una menor categoría de depresión según el Inventario de Depresión de Beck-II.
- Cinco de los seis pacientes a los que se le aplicó la terapia, mostraron disminución significativa en las puntuaciones propuestas por el inventario de depresión de Beck-II. Estos resultados fueron logrados gracias a las herramientas que brinda la psicoterapia breve, intensiva y de urgencia, además del fortalecimiento de la relación paciente- terapeuta y el espacio de escucha que brinda el proceso terapéutico, además de los factores protectores tanto intrínsecos como extrínsecos con los que cuentan los sujetos. La motivación por la atención y la mejoría también puede considerarse como un factor que intervino en la mejoría de estos sujetos.
- La Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia mostró efectividad en la disminución de las ideaciones suicidas en los sujetos intervenidos. Siendo que, al iniciar la evaluación, cinco de ellos mantenían ideación suicida y al finalizar la intervención solo uno de ellos la mantenía.
- Todas las mujeres de este estudio mostraron mejoría significativa en los síntomas depresivos según las puntuaciones que establece el inventario de depresión de Beck-II.

- La Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia no mostró efectividad en la disminución de los síntomas de depresión en pacientes con antecedentes familiares de trastornos mentales.
- Los cambios logrados con esta terapia obedecen al trabajo en sesión, pero también a factores que se escapan del control del terapeuta, por lo que es un trabajo conjunto para ver resultados positivos.

Recomendaciones

- De replicarse este estudio, tener una muestra más grande que pueda arrojar resultados que se puedan generalizar en la población.
- Por ser la depresión un trastorno que puede cursar con ideaciones o intentos suicida, es importante capacitarse en estrategias para reconocer y responder al riesgo suicida, para poder brindar una atención efectiva y de calidad a estos pacientes.
- Trabajar de manera conjunta con la familia del paciente, utilizando los parámetros que permite el modelo de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia, y siempre y cuando el paciente esté de acuerdo, con el fin de complementar el trabajo realizado, sabiendo pues, que los resultados van a ser mejores en la medida en la que se activen las redes sociales del paciente.
- De ser necesario, dar seguimiento al paciente luego de la sesión mensual, ya que habrá situaciones que van a requerir algún abordaje un poco más extenso.
- Buscar supervisión siempre que se necesite, para brindar una mejor calidad de atención y trabajar las contratransferencias que se pueden dar en la relación terapéutica.
- Referir a los pacientes que, según la historia clínica y la evaluación realizada, necesiten atención psiquiátrica y posible medicación.
- Trabajar en el desarrollo personal del psicólogo que atienda personas con depresión, pues en la medida en la que el psicólogo se encuentre más sano, mejor atención podrá brindar a sus pacientes.

Bibliografía

- Acuña, Y. (2000). *Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia aplicada a adultos mayores depresivos con manifestaciones de conductas parasuicidas*. Panamá.
- Andreasen, N. (2005). Vulnerability to mental illness: gender makes difference and so does providing good psychiatric care. *Am J Psychiatry*, 211-213.
- APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.
- Beck, A., Steer, R., & Brown, G. (2011). Inventario de Depresión de Beck-II. En A. Beck, R. Steer, & G. Brown, *Inventario de Depresión de Beck-II*. Pearson Educación, S.A.
- Bellak, L. (2000). *Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia*. México: Manual Moderno.
- Bellak, L., Hurvich, M., & Gediman, H. (1973). *Ego Functions in Schizophrenics, Neurotics, and Normals*. New York: John Wiley & Sons.
- Bercherie, P. (1986). *Los Fundamentos de la clínica*. Buenos Aires: Manantial.
- Berrios, G. (2008). *Historia de los síntomas de los trastornos mentales*. México: Fondo de Cultura económico.
- Bogaert García, H. (2012). La depresión: etiología y tratamiento. *Ciencia y Sociedad*, 183-197.
- Bogaert, H. (2012). La depresión: etiología y tratamiento. *Ciencia y sociedad*, 183-197.
- Bustos, V. (2016). Deseo del analista, la transferencia y la interpretación: una perspectiva analítica. *Psicología desde El Caribe*, 98-112.
- Campbell, S., Marriott, M., Nahmias, C., & G, M. (2004). Lower hippocampal volume in patient suffering from depression: a meta-analysis. *Am J Psychiatry*, 598-607.
- Cetina, S. (2012). Confirmar si las teorías psicodinámicas de Freud y Abraham explican los trastornos depresivos mayores. *Psimonart*, 37-54.
- Cienfuegos, A. (2000). *Psicoterapia breve aplicada a personas con el virus de inmunodeficiencia humana o síndrome de inmunodeficiencia adquirida que presentan sintomatología depresiva*. Panamá.
- Corbella, S., & Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de psicología*, 205-221.
- Davis, K., Charney, D., Coyle, J., & Nemeroff, C. (2002). Neuropsychopharmacology: The fifth generation of progress. *Philadelphia: Williams & Wilkins*.
- Demir, T., Karacetin, G., D, D., & Uysal, O. (2011). Epidemiology of depression in an urban population of Turkish children and adolescents. *J Affect Dis*, 168-76.
- Díaz Villa, B. A., & González González, C. (2012). Actualidades en neurobiología de la depresión. *Revista Latinoamericana de Psiquiatría*, 106-115.

- DSM-IV, M. D. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Washington.
- Essau, C., Lewinsohn, P., Seeley, J., & Sasagawa, S. (2010). Gender differences in the developmental course of depression. *J Affect Disord*, 185-190.
- Estrada, B., Delgado, C., Landero, R., & González, M. (2015). Propiedades psicométricas del modelo bifactorial del BDI-II en muestras mexicanas de población general y estudiantes universitarios. *Universitas Psychologica*.
- Fava, K. (2000). Major depressive disorder. *Neuron*, 335-341.
- Fitelson, E., & C., M. (2016). Evaluation and management of behavioral health disorders in women: an overview of major depression, bipolar disorder, anxiety disorders, and sleep in the primary care setting. *Obstet Gynecol Clin North Am.* , 43-46.
- Freud, S. (1912). *Dynamics of Transference*.
- Freud, S. (1968). *Manuscrito G Melancolía (1895)*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Frodl, T., Melsenzahi, E., & Zetsche, T. (2002). Hippocampal changes in patients with a first episode of major depression. *Am J Psychiatry*, 1112-1118.
- Halgin, R., & Krauss, S. (2008). *Psicología de la anormalidad. Perspectivas clínicas de los trastornos psicológicos*. México: Mc Graw Hill.
- Halgin, R., & Krauss, S. (2009). *Psicología de la anormalidad*. México: Mc Graw Hill.
- Hamilton, J., M, S., & Gotlib, I. (2008). Amygdala volumen in major depressive disorder: A meta-analysis of magnetic resonance imaging studies. *Mol Psychiatry* , 993-1000.
- Hankin, B., Mermelstein, R., & Roesch, L. (2007). Sex differences in adolescent depression: Stress exposure and reactivity models. *Child Dev*, 279-295.
- Harkness, K., Alavi, N., Monroe, S., Slavich, G., Gotlib, I., & Bagby, R. (2012). Gender differences in life events prior to onset of major depressive disorder: The moderating effect of age. *J Abnorm Psychol*, 791-803.
- Investigators, E. 2. (2004). Prevalence of mental disorder in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of mental disorders . *Acta Psychiatr Scand*, 21-27.
- J, H., Mezulis, A., & Abramson, L. (2008). The ABCs of depression: integrating affective, biological, and cognitive models to explain the emergence of the gender difference in depression. *Psychol Rev*, 291-313.
- Kaplan, G., Glasser, S., Murad, H. A., Alpert, G., Goldbourt, U., & al, e. (2010). Depression among Arabs and Jews in Israel: a population-based study. *Soc Psychiat Epidemiol*, 931-939.
- Kaplan, H., & Sadock, B. (1999). *Sinopsis de Psiquiatría*. Madrid: Panamericana.
- Kazdin, A. (2001). *Métodos de Investigación en Psicología Clínica*. México: Pearson Educación.
- Korman, G., & Sarudiansky, M. (2011). Modelos teóricos y clínicos para la conceptualización y tratamiento de la depresión. *Subjetividad y Procesos Cognitivos* , 119-145.

- Lizarazo, A. (2005). Aspectos psicodinámicos del Síndrome depresivo. *Revista de la Asociación Psicoanalítica Colombiana*, 3-4.
- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. (2014). Arlington: Editorial Médica Panamericana.
- Mori, N., & Caballero, J. (2010). Historia natural de la depresión. *Revista Peruana de Epidemiología*, 86-90.
- OMS. (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. Ginebra.
- OMS. (2017). *Campaña con motivo del día mundial de la salud*.
- Ortiz, A. (2014). El concepto de transferencia en la teoría freudiana y su importancia dentro del dispositivo analítico.
- Rojas, E. (1981). *Psicopatología de la depresión*. Barcelona: Salvat Editores.
- Rosenshain, R. (12 de septiembre de 2016). Depresión, la epidemia del siglo XXI. *La Prensa*.
- Rueda, M. (2018). Depresión en la mujer. *Revista Colombiana de Cardiología*, 59-65.
- Ruhé, H., Mason, N., & AH, S. (2007). Mood is indirectly related to serotonin, norepinephrine and dopamine levels in humans: a meta-analysis of monoamine depletion studies. . *Mol Psychiatry*, 331-359.
- Salas, J. (2015). Terapia Cognitiva Conductual para la Depresión Mayor., (pág. 74).
- Silva, H. (2002). Nuevas perspectivas en la biología de la depresión. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 9-20.
- Silva, H. (2002). Nuevas perspectivas en la biología de la depresión. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 9-20.
- Sulliva, P., M, N., & K., K. (2000). The genetic epidemiology of major depression: Review and meta-analysis. *Am J Psychiatry*, 1552-62.
- Szatkowski, J. (2000). Causes of gender differences in depression . *J Science: Winter*.
- Uribe, M., & Gómez, C. (2010). Conceptualización e historia de la psiquiatría de enlace en la medicina psicosomática. *Medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 1-12.
- Vásquez Machado, A. (2013). Depresión. Diferencias de género. *Multimed*, 1-21.
- Vergote, A. (1976). Névrose depressive. *Topique n°17*, 97-126.
- Villar, V. (10 de abril de 2017). Hablemos de la depresión. *La Estrella de Panamá*.
- Zahn-Waxler, C., Shirtcliff, E., & Marceau, K. (2008). Disorders of childhood and adolescence: gender and psychopathology. *Annu Rev Clin Psychol*, 11-29.

Anexos

Anexo 1

MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Esta investigación es realizada por Yaniselly Y. Quintero Nelatón, estudiante de la Maestría en Psicología Clínica de la Universidad de Panamá. Tiene como objetivo desarrollar la Psicoterapia Breve Intensiva y de Urgencia para la disminución de síntomas depresivos.

Entre los beneficios, se prevé que quienes participen podrán trabajar sobre la disminución de los síntomas depresivos.

Entre los riesgos se encuentra que los sujetos pueden llegar a sentirse tristes y/o deprimidos durante parte de la terapia.

La duración del estudio será 6 sesiones de intervención a las que se asistirá una vez por semana, con una duración máxima de 50 minutos.

De confirmar su participación en este estudio se le pedirá que complete los cuestionarios que les serán facilitados. Uno al inicio y uno al finalizar la intervención.

Tiene usted el total derecho de retirarse de este estudio si siente así la necesidad, en cualquier momento.

La información obtenida para este estudio se mantendrá en total confidencialidad, haciendo caso a la ética personal y al código de ética que rige a los psicólogos panameños. Por esta razón, los datos obtenidos al momento de la divulgación de los resultados se darán en base a características de género y edad.

Conociendo entonces los beneficios, riesgos, duración y aspectos de confidencialidad de este estudio, yo, _____ con C.I.P. _____

Acepto voluntariamente participar de esta investigación _____

No acepto participar de esta investigación _____

Fecha _____

Anexo 2

Guía de entrevista clínica, basada en el formato de entrevista inicial de la Asociación Mexicana de Alternativas en Psicología (Cabrera; Rojas y Vargas, 2006).

1. Fecha: _____
2. Datos generales
Nombre: _____ Sexo: _____
Ocupación: _____ Escolaridad: _____
Dirección: _____ Estado civil: _____
Número de hijos: _____
3. Aspectos sociales, demográficos y económico (de forma general)
 - Tipo de vivienda
 - Tipo de ingreso familiar
 - Medios de transporte
4. Historia familiar (salud física y mental)
5. Etapas del desarrollo (del paciente)
 - Infancia
 - Niñez
 - Adolescencia
 - adultez
6. Referente a las redes sociales
 - Relación con su familia
 - Relaciones amistosas
 - Relaciones laborales
7. Actividades diarias
 - Tiempo libre
 - Actividades recreativas
 - Formas de relajación, entre otras actividades.
8. Referente al cuadro clínico:
 - Inicio de los síntomas
 - Intensidad de los síntomas
 - Posibles factores desencadenantes
9. Maneras de afrontamiento ante situaciones generadoras de estrés

*Este formato de entrevista es solamente una guía general. El clínico hace uso de sus competencias para obtener mayor información.